FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS 320

Année 1908

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 15 Juillet 1908, à 1 heure

Par M. LUCIEN BAX

Né à Amiens (Somme), le 19 Février 1883.

Travail fait aux Dispensaires de la Caisse des Ecoles du VII[e] Arrondissement

RECHERCHE ET DIAGNOSTIC DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS

Dans un Dispensaire d'Enfants

Président : M. PINARD, *Professeur.*

Juges : MM. PIERRE MARIE, *Professeur.*
RETTERER, } *Agrégés.*
COUVELAIRE, }

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	MARIE (Pierre).
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et Matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	BALLET (Gilbert).
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. BERGER. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (André).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL, *Chef des travaux anatom.*
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBE (Marcel).	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A LA MEMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

Le Docteur Emile BAX

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Professeur de Clinique médicale à l'Ecole de médecine d'Amiens
Médecin de l'Hôtel-Dieu d'Amiens

Le premier et le meilleur de mes maîtres.

A MA MÈRE

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Docteur Emile BAX, professeur de Clinique médicale, médecin de l'Hôtel-Dieu (Amiens, 1900-1901).

M. le Docteur A. MOULONGUET, directeur de l'Ecole de médecine d'Amiens, chirurgien de l'Hôtel-Dieu (Amiens, 1901-1902).

M. le Docteur RICHELOT, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin (Externat, 1903-1904).

M. le Docteur Pierre DELBET, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Laënnec (Externat, 1904-1905) [Maison Dubois].

M. le Docteur BONNAIRE, professeur agrégé, accoucheur de l'hôpital Lariboisière (Stage 1905).

M. le Docteur BARIÉ, médecin de l'hôpital Laënnec (Externat, 1905-1906).

M. le Docteur A. CHAUFFARD, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Cochin (Externat 1906-1907).

M. le Docteur THIBIERGE, médecin de l'hôpital Saint-Louis (Externat 1907-1908).

A MM. les Docteurs CUNÉO, MORESTIN, A. BERGÉ, GUILLAIN. P. RAVAUT.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE D'AMIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur PINARD

Professeur de Clinique obstétricale

Membre de l'Académie de médecine.

A M. le Docteur BRESSET

Médecin du Dispensaire de la Caisse des Ecoles du VII[e] Arrondissement
(Rue Oudinot).

AVANT-PROPOS

Nous voulons, dès le début de notre travail, acquitter une dette de reconnaissance et remercier les maîtres qui, pendant le cours de nos études médicales, nous ont prodigué, avec un dévouement et une sollicitude que nous n'oublierons jamais, leurs conseils et l'appui de leur expérience.

C'est avec une bien douce joie que nous remplissons un devoir d'amour filial et que nous offrons la dédicace de notre travail à la mémoire vénérée de notre cher père. Ravi trop tôt, hélas ! à notre affection, c'est lui qui affermit notre vocation médicale, et c'est sous sa direction que nous fîmes nos premiers pas dans la pratique hospitalière. Il fut pour nous plus qu'un père ; il fut le maître autorisé et bienveillant dont la longue expérience clinique et la haute probité confraternelle resteront en exemple à nos yeux et nous soutiendront à travers les difficultés de notre carrière.

M. le docteur Moulonguet, directeur de l'Ecole de médecine d'Amiens, n'a pas fait que nous enseigner au cours de notre seconde année d'études, les préceptes de l'art chirurgical ; il a été et est encore pour nous un ami dont l'appui ne nous a pas manqué en des heures douloureuses de notre vie. Nous tenons à lui en exprimer toute notre reconnaissance et l'assurance de notre dévouement absolu.

C'est grâce à notre séjour en qualité d'externe auprès de notre maître, M. le Dr Thibierge, médecin de l'hôpital Saint-Louis, que nous avons pu mener à bien ce travail. Ce sont les conseils journaliers de ce maître bienveillant qui nous ont enseigné la science de la dermatologie et de la syphiligraphie. Nous le prions de vouloir bien accepter nos sincères remerciements.

Enfin, nous tenons tout particulièrement à remercier M. le Dr Bresset, médecin du Dispensaire de la Caisse des Ecoles du VIIe arrondissement (rue Oudinot). Pendant quatre ans, nous avons trouvé auprès de lui un accueil bienveillant et des conseils précieux sur la science si délicate de la puériculture et de la pédiatrie. Nous sommes heureux de lui exprimer ici toute notre admiration pour son dévouement à l'œuvre qu'il dirige depuis plus de dix ans. C'est grâce à lui que nous avons pu trouver dans les archives du Dispensaire de la rue Oudinot des observations d'une précision remarquable et qui ont été le point de départ de notre travail.

Nous remercions également M. le Dr Carel qui s'est mis aimablement à notre disposition non seulement pour nous communiquer les observations recueillies au Dispensaire de la rue Saint-Dominique, dont il est le directeur, mais pour nous aider de ses conseils et de sa compétence spéciale en matière de syphiligraphie.

INTRODUCTION

Au cours des séjours que nous fîmes, à plusieurs reprises, depuis 4 ans au Dispensaire de la Caisse des Ecoles du VII[e] arrondissement, que dirige avec tant de compétence et un dévouement si inlassable M. le D[r] Bresset, nous fûmes plus d'une fois frappés par la difficulté que l'on peut rencontrer dans le diagnostic de l'hérédo-syphilis.

Certes, il est des cas où celui-ci est facile : ou bien il s'agit d'un enfant porteur de lésions cutanées ou muqueuses, dont la mère déclare spontanément avoir contracté la syphilis peu d'années auparavant ; ou bien c'est un nourrisson atrophique, atteint de coryza chronique et dont la mère, sans avouer la syphilis, accuse pourtant des avortements à répétition ou une polymortalité infantile considérable. Ou bien encore, il peut s'agir d'un enfant dont nous avons soigné le frère ou la sœur pour une lésion manifestement syphilitique et qui se présente à la consultation, porteur de lésions ou de stigmates qui font immédiatement penser à la syphilis.

Dans ces cas, l'hésitation n'est pas longue ; notre ligne de conduite est toute tracée et le traitement antisyphilitique, institué immédiatement, permet d'améliorer rapidement à la fois les lésions locales et l'état général du malade.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi ; et

l'on se heurte à de sérieuses difficultés pour établir le diagnostic d'une façon ferme. C'est qu'en effet toutes les fois qu'un enfant est soupçonné d'hérédo-syphilis, il serait utile et même nécessaire pour nous d'être exactement renseignés sur les antécédents morbides et obstétricaux de la mère. Or, cette enquête, qui nous serait un si précieux auxiliaire, nous ne pouvons nous y livrer. Les femmes, qui fréquentent le Dispensaire et y amènent leurs enfants pour les confier à nos soins, habitent toutes le quartier, à quelques rares exceptions près ; beaucoup se connaissent entre elles et elles répugnent à faire, même en confidence au médecin, l'aveu d'une maladie qu'elles considèrent comme honteuse. Pour cacher celle-ci, elles nient purement et simplement toute maladie ou toute grossesse antérieure ou travestissent la vérité. D'autres sont de bonne foi, elles ignorent leur syphilis et seraient indignées si elles s'apercevaient qu'on les en soupçonne ; nous risquerions ainsi de les voir emmener leurs enfants, refusant de les présenter à nouveau à la consultation.

Nous sommes donc tenus à la plus grande circonspection lorsque nous interrogeons les mères de nos petits malades : nous devons nous mettre en confiance avec elles, user de circonlocutions, endormir leur défiance, essayer de démêler parmi le peu qu'elles consentent à nous dire, la part de renseignements qui nous sera utile.

Nous nous contentons des déclarations qu'elles nous font, nous bornant à les enregistrer, bonnes ou mauvaises, quitte à les interroger une nouvelle fois afin de voir si nous ne les prenons pas en flagrant délit de contradiction.

Nous avons, du reste, un moyen de contrôle — le seul — et dont malheureusement nous ne pouvons nous

servir assez fréquemment. Lorsqu'une femme nous déclare avoir accouché à la Maternité d'un hôpital ou dans l'une des maisons d'accouchements de l'Assistance publique, il nous est facile de nous y transporter et en consultant le registre des observations, de constater l'exactitude ou la fausseté des déclarations qui nous avaient été faites. Ce moyen nous a permis, plus d'une fois, de rectifier et de compléter en même temps nos observations. A l'hôpital, en effet, la malade plus impressionnée par le milieu spécial, se sentant mieux protégée contre l'indiscrétion, est moins dissimulée et la plupart du temps n'hésite pas à répondre exactement aux questions qui lui sont posées.

En résumé, en dehors des cas certains où la syphilis est avouée ou évidente, il existe un grand nombre de faits où de par les antécédents maternels (fausses couches et polymortalité infantile) par l'aspect antérieur et l'état général du malade, le médecin a la *certitude morale* qu'il se trouve en présence d'un hérédo-syphilitique sans pouvoir cependant l'affirmer.

C'est en présence de ces incertitudes auxquelles on est fréquemment exposé que M. le Dr Bresset nous demanda de mettre à profit les préceptes de syphiligraphie que nous avions recueilli pendant notre année d'externat auprès de notre éminent maître M. le Dr Thibierge, à l'hôpital Broca et à l'hôpital Saint-Louis.

Sous la direction de M. Bresset nous fîmes le triage des fiches, soigneusement tenues à jour, des enfants inscrits au Dispensaire depuis l'année 1900. Après avoir effectué le même travail au Dispensaire de la rue Saint-Dominique que dirige M. le Dr Carel, nous avons étudié avec le plus de soin possible les fiches des hérédo-syphilitiques certains ou soupçonnés de l'être ; nous avons

noté les différents renseignements que nous avons pu obtenir sur les antécédents héréditaires, relevé les accidents observés chez ces enfants tant au point de vue des lésions et des stigmates syphilitiques qu'à celui des stigmates de dystrophie, le mode et la durée du traitement spécifique auxquels ils ont pu être soumis.

Ceci fait, nous nous sommes efforcés d'en dégager la conclusion pratique, nous avons cherché à mettre en relief la valeur de chaque symptôme, de chaque stigmate, de chaque dystrophie et nous avons étudié quelle importance il fallait attribuer aux antécédents héréditaires.

Nous ne nous plaçons donc pas au même point de vue que les auteurs qui décrivent l'hérédo-syphilis. Notre point de départ est essentiellement différent du leur. Eux, en effet, observent dans les hôpitaux spéciaux où toute recherche leur est facilitée. Leur clientèle se compose presque exclusivement de syphilitiques ; leurs malades n'éprouvent aucune répugnance à renseigner exactement le médecin, ils s'étendent plus volontiers sur les descriptions de leurs lésions, sur leur mode et leur date d'apparition et ne tentent pas de déguiser la vérité.

La connaissance des antécédents héréditaires est ainsi établie de façon indiscutable et les syphiligraphes ont toute facilité pour étudier les lésions anatomiques et les différents stigmates de dystrophie que les enfants nés de parents syphilitiques peuvent présenter.

Disons, dès maintenant, que nos observations sont bien souvent incomplètes à certains points de vue ; nous nous réservons, du reste, d'en expliquer les différentes raisons.

Nous observons, en effet, dans un tout autre milieu : sachant que nous ne connaissons rien des parents à quelques exceptions près ; qu'il nous est difficile, sinon

impossible, de nous livrer à une enquête fructueuse, nous ne pouvons compter que sur nous-mêmes. Ce n'est que, grâce à notre propre expérience, que nous pourrons attribuer à la syphilis ce qui relève véritablement de la syphilis, mettre à part les dystrophies qui nous permettent de la soupçonner, nous faire une opinion sur le pronostic à porter.

Et nous sommes placés ici sur un terrain exclusivement pratique : le praticien, dans sa clientèle, se heurte aux mêmes difficultés que nous ; lui aussi est obligé d'agir avec prudence pour éviter de froisser des susceptibilités toujours en éveil ; il doit savoir ménager ses expressions, interroger sans en avoir l'air, tâcher d'apprendre beaucoup en demandant peu, trop heureux lorsqu'un mari, soucieux de la santé de sa femme et de ses enfants, vient lui faire dans son cabinet l'aveu d'une maladie de jeunesse.

Nous n'avons pas la prétention de présenter un traité de l'hérédo-syphilis. Trop nombreux et trop parfaits sont les ouvrages qui décrivent la syphilis héréditaire. Et parmi ceux-ci, nous voulons citer dès maintenant le remarquable livre (1) de M. E. Fournier sur l'hérédo-syphilis tardive et le très intéressant rapport de M. Gastou (2) au Congrès de Lisbonne en 1906 ; nous aurons, du reste, plus d'une fois, au cours de notre travail, l'occasion de citer ces auteurs, auxquels nous avons fait de fréquents emprunts et sur l'autorité indiscutable desquels nous croyons pouvoir nous appuyer.

Notre but est simplement le suivant : par l'étude d'un certain nombre d'hérédo-syphilitiques pris au hasard

(1) E. Fournier. *Recherche et diagnostic de l'hérédo-syphilis tardive.*

(2) P.-L. Gastou. L'hérédo-syphilis et l'hérédité syphilitique. *Rapport au Congrès international de médecine de Lisbonne*, 1906.

d'une consultation d'enfants, nous voulons montrer comment un médecin, non spécialiste, placé dans les conditions habituelles, c'est-à-dire privé des procédés spéciaux de laboratoire qui ne s'appliquent qu'à une minorité des cas, empêché de se livrer aux investigations et aux recherches dont il a besoin, comment, disons-nous, un médecin peut et doit arriver au diagnostic rationnel de l'hérédo-syphilis et cela dans un double but : d'abord pour traiter le syphilitique reconnu et aussi pour éviter d'infliger, à la légère, au malade une étiquette qui le suivra toute sa vie et qui sera due à une erreur de diagnostic.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES OBSERVATIONS PUBLIÉES DANS CE TRAVAIL

Nombre d'enfants inscrits aux Dispensaires de la Caisse des Ecoles du VII[e] Arrondissement, depuis 1900.

	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	(1) 1908	TOTAUX
Dispensaire de la rue Oudinot....	742	893	742	642	673	481	588	540	245	**5546**
Dispensaire de la rue Saint-Dominique.....			631	542	487	385	406	380	188	**3019**
	742	893	1373	1184	1160	866	994	920	433	**8565**

(1) Pendant le 1[er] semestre seulement.

Depuis l'année 1900, ont été inscrits aux Dispensaires de la Caisse des Ecoles du VII[e] arrondissement, 8,565 enfants. Parmi eux, nous avons observé un certain nombre d'hérédo-syphilitiques, soit d'une façon manifeste, soit parce que les stigmates dystrophiques qu'ils présentaient devaient nous faire soupçonner et rechercher la syphilis héréditaire.

Difficultés d'obtenir une observation complète. — Nous avons indiqué plus haut (Cf. Introduction) sur les difficultés nombreuses auxquelles on peut se heurter lorsqu'on a le désir de rédiger une observation complète.

Nous insisterons donc d'abord sur le peu de renseignements que l'on obtient sur les *antécédents morbides* des parents. Ceux-ci nous sont, la plupart du temps, totalement inconnus : à moins que la mère qui nous présente un enfant ne soit atteinte elle-même de lésions syphilitiques (obs. 26), il est rare que nous ayons la preuve formelle d'une syphilis maternelle. Dans certains cas, la mère nous déclare spontanément avoir contracté la syphilis ; nos renseignements sont alors plus complets, la mère n'hésite pas à nous conter les différents symptômes de sa maladie, les conséquences de sa syphilis, le mode et la durée du traitement qu'elle a suivi ; elle nous donne également des renseignements sur les accidents que peut avoir présenté le père de son enfant.

Les *antécédents obstétricaux* de la mère nous sont souvent mieux connus ; si nous manquons parfois de précision nous pouvons, la plupart du temps, connaître le nombre de grossesses de la mère, le nombre et l'âge des fausses couches qu'elle peut avoir faites, le nombre de ses enfants mort-nés ou morts en bas-âge.

Quant aux *antécédents personnels* de l'enfant qui nous est présenté, nous pouvons les connaître de deux façons : ou bien c'est la mère elle-même qui nous dit avoir accouché à terme ou prématurément d'un enfant sain en apparence ou présentant des lésions cutanées ; ou bien c'est à l'hôpital même où la femme a accouché que nous avons pu nous enquérir des antécédents maternels consignés sur l'observation, de l'âge de la grossesse,

du poids de naissance de l'enfant, des différents symptômes qu'il a pu présenter à cette époque. Nous pouvons également connaître le poids du placenta, son volume, son aspect, sa couleur, sa consistance, la quantité du liquide amniotique, etc. De ces deux sources de renseignements, la première n'a aucune valeur et nous n'y attachons aucune importance ; quant à la seconde elle nous permet d'obtenir des détails précis et qui valent la peine d'être notés avec soin. Malheureusement, ce moyen d'enquête nous a fait bien souvent défaut et bien peu nombreux, comme on pourra s'en rendre compte sur les tableaux de nos observations, sont les enfants dont nous avons eu la chance de connaître le poids de naissance et le poids placentaire.

Age des malades observés. — Parmi les enfants inscrits aux Dispensaires de la rue Oudinot et de la rue Saint-Dominique, les nourrissons ne figurent que pour un tiers dans le premier, pour moitié dans le second. Et pourtant, le tableau de l'âge de nos malades observés montre que les nourrissons figurent pour la plus large part parmi nos observations. Cela tient principalement à ce que l'hérédo-syphilis se manifeste d'une manière précoce surtout dans ses formes virulentes. C'est une raison suffisante pour que nos observations concernent en grande partie des nourrissons.

Age des malades observés.

	DISPENSAIRE de la rue Oudinot.	DISPENSAIRE de la rue Saint-Dominique	TOTAL	POURCENTAGE
Nourrissons.....	72	54	**216**	87,5 °/₀
Enfants.....	12	5	**17**	11,8 °/₀
Adolescents.....	1	0	**1**	

Il ne faut pourtant pas conclure d'après ce tableau que nous n'avons examiné que des nourrissons, les enfants et les adolescents étant en proportion tout à fait minime. On pourra voir d'autre part, d'après le tableau de la durée des observations, que 13 enfants ont été observés pendant plus de deux ans et 15 pendant plus de quatre ans et cette simple remarque suffira à démontrer que notre proportion d'enfants adolescents était de beaucoup inférieure à la réalité.

Durée de l'observation clinique.

ENFANTS OBSERVÉS PENDANT :	RUE OUDINOT	RUE SAINT-DOMINIQUE		
Moins de 1 mois.....	9	6	15	**48**
De 1 à 3 mois.....	21	12	33	
De 3 à 6 mois.....	12	14	26	
De 6 mois à un an.....	14	7	21	**96**
De 1 à 2 ans.....	12	9	21	
De 2 à 4 ans.....	5	8	13	
Pendant 4 ans et plus.....	12	3	15	
TOTAL.....	**85**	**59**		**144**

Ce tableau, concernant la durée de nos observations, nous permet de faire constater au lecteur que sur le chiffre global des 144 observations recueillies, 85 c'est-à-dire plus des 3/5 concernent des enfants qui ont été suivis pendant plus de 3 mois.

C'est dire que si nos observations ne sont pas absolument complètes en ce qui concerne les antécédents héréditaires ou personnels et nous en avons donné les raisons, elles présentent cependant des garanties certaines ; en effet, grâce à la fiche que possède chaque enfant inscrit au Dispensaire, il nous est facile d'étudier sa courbe d'accroissement, les différents symptômes morbides qu'il a pu présenter, le mode d'allaitement puis le mode d'alimentation auxquels il a été soumis ; enfin les diverses médications qui lui ont été administrées. Nous sommes également renseignés sur l'état de sa première, voire même de sa deuxième dentition.

Classification des observations. — Les hérédo-syphilitiques dont nous rapportons les observations peuvent être divisés en 3 catégories bien séparées :

I. Enfants porteurs de lésions syphilitiques.

II. Enfants porteurs de stigmates hérédo-syphilitiques.

III. Enfants ne présentant ni lésions, ni stigmates d'ordre syphilitique mais soupçonnés d'hérédo-syphilis en raison de leurs antécédents héréditaires (fausses couches de la mère) ou de leurs dystrophies.

Il nous a été impossible, dans l'exposé de nos observations, de conserver cette classification, évidemment logique, mais par trop schématique et cela pour plusieurs raisons. D'abord parce que nous n'avons pu observer que fort peu d'enfants porteurs seulement de stigmates hérédo-syphilitiques ; ceux, en effet, qui les présentaient, étaient

en même temps porteurs de lésions syphilitiques et nous n'avons pu faire une catégorie spéciale pour eux.

La seconde raison, et la plus importante, est que nous avons observé dans la même famille des enfants présentant des lésions syphilitiques, des enfants ne présentant que des stigmates dystrophiques et enfin des enfants sur lesquels nous n'avons relevé aucune lésion ou stigmate syphilitique, ni aucun stigmate dystrophique.

Et pourtant nous n'avons pas voulu séparer les enfants d'une même famille. Il y a, en effet, le plus grand intérêt à les grouper. Cette manière de procéder permet de faire différentes constatations importantes ; la date d'apparition de la syphilis chez la mère, les effets de la *loi de décroissance* se manifestant par des grossesses menées à une époque de plus en plus rapprochée du terme, puis par des mort-nés, par des enfants porteurs de lésions à la naissance, enfin par des enfants sains en apparence ; ce procédé permet également de constater que les enfants d'une même famille sont inégalement touchés par la syphilis, un ou plusieurs d'entre eux ayant en quelque sorte accaparé l'hérédo-toxi-infection au bénéfice de leurs frères et sœurs plus privilégiés.

C'est pour ces raisons qu'il nous a semblé plus rationnel de grouper nos observations suivant l'ordre familial plutôt que suivant l'ordre anatomo-pathologique.

Nous avons classé les observations que nous avons recueillies en trois catégories.

La première comprend les observations des enfants au sujet desquels l'hérédo-syphilis ne fait aucun doute soit par les lésions, soit par les stigmates d'ordre syphilitique qu'ils présentent ; avec eux sont naturellement groupés leurs frères et sœurs, inscrits au Dispensaire, même s'ils sont bien portants (Série A et B).

La seconde catégorie comprend les enfants au sujet desquels l'hérédo-syphilis donne lieu à de sérieux soupçons, soit en raison des antécédents obstétricaux de la mère, soit à cause de leurs dystrophies (Série C et D).

Nous avons cru devoir ranger dans une catégorie spéciale les nourrissons athrepsiques dont l'état général ne semblait expliqué par aucun symptôme morbide et chez lesquels le traitement mercuriel a été institué. Nous nous proposons du reste de discuter ultérieurement les indications thérapeutiques et les effets du traitement mercuriel chez les athrepsiques (Série E et F).

Enfin nous avons relevé les fiches d'un certain nombre d'enfants chez lesquels le diagnostic d'hérédo-syphilis a été porté de façon à peu près certaine mais qui n'ont été présentés qu'une seule fois au Dispensaire ou qui ont été insuffisamment suivis.

Nous nous contenterons de mentionner ces observations, au nombre de 21, estimant suffisantes les 144 observations publiées dans lesquelles la durée des soins, qui ont été prodigués aux enfants, rend improbable une erreur de diagnostic.

TABLEAUX DES OBSERVATIONS

I. Observations certaines.

Série A. — De 1 à 54. Malades du Dispensaire de la rue Oudinot.

Série B. — De 55 à 93. Malades du Dispensaire de la rue Saint-Dominique.

(Les malades dont le traitement n'est pas indiqué, dans les séries A et B ont été traités systématiquement par les frictions mercurielles).

II. Observations discutables.

Série C. — De 94 à 118. Malades du Dispensaire de la rue Oudinot.

Série D. — De 119 à 134. Malades du Dispensaire de la rue Saint-Dominique.

III. Observations des athrepsiques.

Série E. — De 135 à 140. Malades du Dispensaire de la rue Oudinot.

Série F. — De 141 à 144. — Malades du Dispensaire de la rue Saint Dominique.

RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS	NUMÉRO D'ORDRE.	NUMÉRO d'inscription au DISPENSAIRE.	NOMS ET PRÉNOMS DATE ET POIDS DE NAISSANCE.	DURÉE de L'OBSERVATION.	SYMPTOMES OBSERVÉS de 0 à 2 ans.	SYMPTOMES OBSERVÉS pendant l'enfance.	OBSERVATIONS.
Mère. Ve pare. Aucun renseignement sur les grossesses.	1	5352 A	Pa..., Jeanne, née en 1894.	De 4 à 10 ans.	.....	*Ulcér. des lèvres* à 3 ans. *Kératite interst.* à 10 ans. Inj. H. biiodurée.	
	2	4628	Pa..., Jean, 25 juin 1903.	De 6 à 21 mois.	.....	.....	N'a jamais présenté de lésions ni de stigmates spécifiques.
	3	5863 A	Ra..., Lucie, juin 1897.	De 3 m. à 6 ans	*Coryza.*	*Ozène.*	
	4	2487	Ra..., Louise, 15 juillet 1901.	De 1 à 17 mois.	*Pemphigus.*	*Tibias lame de sabre.*	Revu en fév. 1903. B. P. Pemphigus dès la naissance.
	5	343	Ch..., Georges, fév. 1899.	De 3 à 4 mois.	*Lésions cutanées.*	.....	*Mort* en juin 1899.
	6	1084	Ch..., Lucienne. févr. 1898.	De 2 à 7 ans.	*Lésions cutanées. Tibias en lame de sabre,* Grand rachitisme.	Aucune lésion ni stigmate nouveau.	Revue en avril 1908. Rachitisme très accentué ℰ3. Polyadén. cervicale.
	7	1209	Gi..., Marcel, 1er février 1900.	Du 1er au 21 avril 1900.	*Lésions psoriasiformes.*	.....	Observé seulem. pendant 20 jours.
Mère. XIe pare.	8	1642	Mœ..., René, 1er avril 1899.	De 18 m. à 2 a.	Aucune lésion spécif. constatée.	.....	*Mort* le 20 avril 1902. Néphr. scarlatineuse.
	9	3159	Mœ..., Raymonde, 24 fév. 1902.	De 1 m. à 3 a. 1/2	*Lésions cutanées.* Dent. retardée 2 d. à 10 mois.	.....	Non revue depuis déc. 1907. N'a présenté aucune lésion spécif. depuis 1902.
Père et mère décédés ?	10	2018	Esk..., Germaine, en 1890.	De 11 à 15 ans.	.....	.....	En janv. 1901, *gomme subling.* (J. Darier). En juill. 1901, *kérato-conjonctivite* (de La-

Grossesses de la mère : I. Fausse couche. II. Mort à 10 jours. III. A terme.	12	3006	Mi..., Robert, 19 mai 1901.	De 7 à 11 mois.	*Lésions anales. Gros foie, grosse rate.* Athrepsie.		*Mort* 18 avril 1902. Athrepsie.
	13	3039	Jo..., Georges, 8 janv. 1901.	De 10 à 23 m.	*Lésions cutanées.* Athrepsie. Fontanelle non soudée à 23 mois.	.....	A 10 mois : rachitique. Poids, 8660. Taille, 0,752.
	14	3154	Ta..., Germaine, 22 déc. 1901.	De 4 à 10 m.	*Pemphigus.* Léger. atrophique.		
Mère Ie pare. Gross. gémell. Prématurée à 7 m. 1/2. Le père et la mère sont syphilitiques.	15	3169	Le..., Louise, 10 mai 1901. P. : 1705 gr.	De 10 m. à 7 a.	Atroph. pondérale. 2100 g. à 10 mois.	*Coryza. Kératite interst.* Inject. biiodure Hg.	Th. Pointin, Obs. 34. La sœur jumelle est morte à 7 mois 1/2 de méningite. (Non inscrite au Dispens.).
Grossesses de la mère : I. Pas de renseignement. II. A terme. III. Prématurée.	16	3260	Ti..., Andréa, 20 juill. 1901.	De 10 à 24 m.	*Pemphigus.* Athrepsie. Rachitisme tibias.		
	17	4550	Ti..., Charlotte, 9 sept. 1903.	De 13 à 23 m.	*Lésions cutanées.*		
Mère Ie pare. Gross. gémellaire. Placenta unique : 850 gram. (Baudelocque).	18	3288	Lh..., Paul, 13 août 1901. P. : 2000 gr.	De 9 à 12 mois.	*Pemphigus.* Atrophie pondérale. P. : 3760 à 8 mois.	.....	Th. Pointin. Obs. 5 *Mort* en août 1902. Athrepsie.
	19	3289	Lh..., René, 13 août 1901, P. : 2450 gr.	De 9 à 12 mois.	Athrepsie. P. : 3740 à 8 mois.	.....	*Mort* en août 1902. Athrepsie.
Père : Syphilitique. Mère : Syph. et goitre exophth.	20	3415	Wa..., Georges, 21 avril 1902. P. : 3900. Plac. 500.	De 3 à 10 mois.	Aucune lésion spécifique constatée.	.....	*Mort* en mars 1903. Méningite.
Traitement : 2 mois pend. 2e gross. 2 m. pend. 3e gross.	21	6084	Wa..., Juliette, 2 janv. 1905. P. : 3370. Plac. 470.	De 1 m. à 3 ans	Aucune lésion ni stigmate spécif.	Rachitisme léger	B. P. en mars 1908.
Grossesses : I. 1900. Fœtus de 8 mois, mort et macéré. II. A terme, 1902. III. A terme, 1905. IV. A terme, 1906.	22	8000	Wa..., Georges, 10 nov. 1906. P. : 3770. Plac. 570.	De 2 à 18 mois.	Aucune lésion ni stigmate spécif.	.....	B. P. en mai 1908. Rachitisme de suralimentation.
Les 4 acc. faits à Baude.							

RENSEIGNEMENTS sur LES PARENTS	NUMÉRO D'ORDRE.	NUMÉRO d'inscription au DISPENSAIRE.	NOMS ET PRÉNOMS DATE ET POIDS DE NAISSANCE.	DURÉE de L'OBSERVATION.	SYMPTOMES OBSERVÉS de 0 à 2 ans.	SYMPTOMES OBSERVÉS pendant l'enfance.	OBSERVATIONS.
Mère : acc. primitif au début de la grosses. (1901. Diagn. fait par de Beurmann. Traitée régulièrement	23	3320	Pa..., Emile, 20 janv. 1902.	De 4 à 7 mois.	*Lésions cutanées.*		
Mère I pare.	24	3630	He..., Roger, 19 août 1902.	De 2 à 3 mois.	*Pemphigus. G. foie, gr. rate.* Athrepie.	.....	
Mère II pare. Pas de renseign. sur la 1re grossesse.	25	4082	Du..., Henri, 22 oct. 1902.	De 4 à 10 mois.	*Gros foie, grosse rate.*	.....	
Mère présentait en mai 1903 des syphilides palmaires. I pare.	26	4245	Du.... Louise, 18 mars 1903.	De 2 m. à 4 ans	*Pemphigus. Syph. anale. Gr. rate.* Huile bi-iodurée.	Aucune lésion ni stigmates constatés.	
Père : Acc. prim. en 1898. Non traité. *Mère :* Acc. prim. à la vulve en 1899 pendant le 8e mois de la 1re grossesse....	27	4578	Cl..., Jeanne, en 1899. *Lésions cutanées* à la naissance.	De 4 à 9 ans.	.....	*Conjonctivite.*	Adolescence : Ni lésions, ni stigmates spécifiques.
Traitée par frictions pendant 15 j. puis pend. 1 mois après 1 mois d'intervalle. Depuis aucun traitem. jusqu'en 1907. A cette époque accid. osseux et cutanés. 13 injections H. G. *Grossesses :* I. En 1899 à terme. II. En 1900 m. et mac.	28	4565	Cl..., Marguerite, 2 sept. 1903.	De 2 m. à 4 a. 1/2	*Lésions cutanées. Coryza.*	....	A 4 ans 1/2, B. P. Aucune lésion ni stigm. Taille : 1,35. P. : 16,750. Le 3e enfant, né en 1901, est mort en nourrice à 6 semaines (Cause inconnue).

I pare à terme.	30	4622	Pi..., Georges, 4 août 1903.	De 4 à 12 mois.	*Syph. anale. Grosse rate.* Athrepsie.	....	*Mort* le 6 août 1904. Gast. entérite.
Mère II pare. 1re grossesse : gémell. 2e grossesse : gémell. Un des jumeaux de la 2e grossesse mort en bas-âge ?	31	5010	Mi..., Francine, 17 nov. 1903.	De 2 à 10 mois.	*Syph. cutanées et génitales.* Athrepsie. Huile biiodurée.	....	*Morte* août 1904. Athrepsie. Th. Pointin. Obs. 39.
Père : avoue la syphilis *Mère :* 3 grossesses dont 1 F. C. 1 frère âgé de 15 ans, B. P. non inscrit au dispensaire.	32	5341	Vi..., Albert, 24 janvier 1904.	De 17 à 23 mois.	*Syphilides anales, Coryza.* Retard, soudure des fontanelles.	....	*Mort* 31 déc. 1905.
Grossesses de la mère : I. F. C. de 4 mois. II. Sept. 04, à terme.	33	5505	Ch..., François, 8 septembre, 1904.	De 3 semaines à 8 mois.	*Ps. paral. Parrot. Grosse rate.*	....	Diagnostic confirmé par M. Marfan.
Mère Ie pare. A terme.	34	5578	Ba..., Maria, 12 mai 1904.	De nov. 1904 à déc. 1904.	*Lésions cutanées.* Crâniotabes.	.....	Observée seulem. pendant un mois.
Mère : 7 grossesses. A terme. 3 f. et s. bien portants. 2 f. morts de méningite 1 f. m. bronche-pneum.	35	5657	Te..., Germaine, 24 octobre 1904.	De 2 à 5 mois.	*Ps. paral. Parrot.* Hernie ombilic.	....	Etait vivante à 1 an.
Mère IIIe pare. 1re grossesse. F. C. 2e — Mort-né. 3e — A terme.	36	6231	Mo.., Raymond, 8 mai 1905.	De 1 à 2 m. 1/2.	*Pemphigus.*	....	Observé seulement pendant 6 semaines.
Mère Ie pare. A terme.	37	6328	Fa..., Lucienne, 18 juillet 1905.	De 1 à 17 mois.	*Coryza.* Crâniotabes.	.....	
Mère Ie pare. A terme.	38	7330	Le..., Jeanne, 7 janv. 1905.	De 12 à 26 m.	*Gommes cutanées et osseuses de l'os frontal.*	.....	Vivante en juin 1908.
	39	7101	La... Renée, 9 oct. 1905.	A 2 ans 1/2.	*Gommes cutanées. Coryza.*	....	Vue seulement pendant 10 jours.

RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS.	NUMÉRO D'ORDRE.	NUMÉRO d'inscription au DISPENSAIRE.	NOMS ET PRÉNOMS DATE ET POIDS DE NAISSANCE.	DURÉE de L'OBSERVATION.	MALADES OBSERVÉS de 0 à 2 ans.	MALADES OBSERVÉS pendant l'enfance.	OBSERVATIONS.
Mère : 5 grossesses. Les 3 prem. du 1er père. 1 mort-né. 2 enf. B. P.	40	7176	Hi..., Louise, 26 mars 1906.	De 1 à 26 mois.	Aucune lésion ni stigm. spécifiq.	.....	
Les 2e autres du 2e père, nés à terme.	41	9132	Hi..., Xavier, 25 avr. 1907. Né à Baudelocque. P. de naissance : 3,000 gr. Placenta : 460.	A partir d'avril 1908.	*Gommes de la face et de la rég. lomb.* Ost. de la phal. du pouce Sp. de Gibert.	.....	*Ponct. lombaire.* 3 à 4 lympho. par champ.
Père et mère syphilitiques. 5 grossesses dont 3 F. C. et 1 enf. mort le 4e j.	42	7179	Bi..., Paulette, 17 févr. 1906.	De 2 à 12 mois.	Aucune lésion ni stigm. spécifique Poids à 1 an : 7790.	.....	
Mère : 9 grossesses dont 3 F. C. 1 enf. m. en bas âge. 4 fr. et s. B. P.	43	7230	Sm..., Odette, 17 mars 1906.	De 2 à 26 mois.	*Pl. muq. anales. Coryza.* Fontanelle non soudée. 3 d. à 15 m.	.....	B. P. en mars 1908.
Mère : 2 grossesses dont 1 F. C.	44	7304	Ha..., Alice, 20 octobre 1905.	A 10 mois.	*Pl. muq. anales.* Atrophie pondér. P. à 10 m. : 6280.	.....	Observée seulem. pendant 6 semaines.
Mère : 4 grossesses dont 3 F. C.	45	7516	St..., Marthe, 2 avril 1904.	A 2 ans 1/2.	.....	*Gomme pariétale Ulc. au niv. du flanc. Kératite interst.* Frict. puis huile biiodurée.	Syndactylie aux deux pieds.
Mère, syphilis en mars 1905. Traité pendant les 5 premiers mois de sa gross. (Hop. Broca)	46	7545	Bl..., Jeanne, 3 sept. 1906.	De 2 à 15 mois.	*Lésions cutanées.* Crâniotabès. Frictions Hg. Sp. de Gibert (déc. 1907).	.....	

4 gross. dont 1 fœtus mort et macéré.							
Père : Syph. dep. 1900. Traité régulièrem. : pilules et K. I. *Mère* : Syphilis en 1901 (conjug.). Pas d'acc. cet. ou muq. constatés. Traitée pendant le 1er m. inj. sels solubles, puis par pilules pend. 2 m. Depuis 4 ans trait. irrég. par pilules. Reflexes normaux. Pas d'Argyll. Grossesses : I. Fœtus mort et macéré. II et III à terme. 1 fr. m. à 15 m. br. p.	49	8008	Be..., Lucien, 22 mai 1906.	De 7 à 24 mois.	*Pemphigus. Coryza. Lésions ulc. du v. du palais. Gomme du pli de l'aine. Hydrocéphales. Craniotabès.* Frictions Hg puis Sp. de Gibert		
Mère. Ire pare. A terme.	50	8148	Mi..., Gabrielle, 15 déc. 1906.	A 4 mois.	*Lésions cutanées. Coryza. Crâne natiforme.*	.....	Observ. seulement pendant 10 jours.
Mère : Syph. en 1901. Traitée irrégulièrem. Traitée p. la 4e gross.	51	8359	De..., Germaine, en 1905.	A 2 ans.	Aucune lésion ni stigmate spécif.		
Non trait. pend. la 5e. Gross. I. ? — II. } F. C. — III. } — IV. } A terme. — V. }	52	8349	De..., Marguerite, 26 mars 1907.	De 5 à 7 mois.	Gros v. flasque. Lég. atrop. pondérale. P. : à 7 mois, 5850. Frictions Hg.		
Mère : Syphilitique. 4 gross. sans renseig.	53	3547	Ma..., Marcelle, 14 janvier 1902.	De 8 à 16 mois.	*Hydrocéphalie.* Frictions Hg.		
Mère : Syphilitique.	54	806	Fl..., Hélène, 16 sept. 1899.	De 1 à 10 mois.	*Pemphigus. Gros foie.* Atroph. pondérale. P. : à 10 mois : 6700.	.....	*Morte*, 24 juillet 1900. Athrepsie.

RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS.	NUMÉRO D'ORDRE.	NUMÉRO d'inscription au DISPENSAIRE.	NOMS ET PRÉNOMS DATE ET POIDS DE NAISSANCE.	DURÉE de L'OBSERVATION.	MALADES OBSERVÉS de 0 à 2 ans.	MALADES OBSERVÉS pendant l'enfance.	OBSERVATIONS.
	55	3553	Bi..., Roger, en 1897.	De 4 à 7 ans.	.....	Aucune lésion ni stigmate.	
	56	3554	Bi..., Adrien, 20 janv. 1901.	De 11 mois à 4 ans 1/2.	Aucune lésion ni stigmate.	Aucune lésion ni stigmate.	
	57	4627	Bi..., Irène, 7 août 1903.	De 4 mois à 4 ans 1/2.	*Gros foie. Grosse rate.*	Aucune lésion ni stigmate.	
	58	3586	Co..., Suzanne, 24 juill. 1900.	De 2 à 7 ans.	*Pl. muqueuses.*	Aucune lésion ni stigmate.	
Mère. Ie pare. A terme.	59	3595	As..., Germaine, 30 nov. 1901.	De 3 à 28 mois.	*Pemphigus.* Atrop. pondér. P. à 3 m.: 2,300. Rachitisme	.....	
	60	3881	Ja..., Andrée, 21 mai 1902.	De 2 à 3 mois.	*Pemphigus.*	.....	*Morte* 8 sept. 1902. Cong. pulmonaire.
Mère. IIIe pare. Sans renseignements.	61	4216	Ro..., René, 3 janvier 1903.	De 2 à 30 mois.	*Coryza. Ulcér. de la langue. Gommes cutanées multiples. Adénite cervicale.*	.....	Passe en juin 1905 rue Oudinot. N'a pas présenté de lésions, mais a été traité (frictions).
Mère : 4 grossesses. dont 3 F. C.	62	4441	Le..., Yvonne, 16 juin 1903.	A 1 mois.	*Pemphigus.*	.....	Observé seulem. pendant 16 jours.
Mère syphilitique : 3 grossesses. Les 2 pr. enf. B. P. Non inscrits au Dispens.	63	4463	Te..., René, 2 oct. 1902.	De 9 m. à 6 ans	*Coryza.*	Aucune lésion ni stigmate.	
Mère. IIe pare. Sans renseignements.	64	4499	Ba..., Henriette, 28 nov. 1903.	De 9 à 15 mois.	*Gr. foie. Gr. rate.* Atroph. pond. P.		

				B. P.	.....		Vue une seule fois.
	68	6856	Fo..., Marcel, 28 nov. 1907.	De 3 à 6 mois.	*Pemphigus.*		
Mère : 4 grossesses. 1 fr. B. P. 1 fr. mort de ménin. 1 fr. mort gastro-ent.	69	5459	Fr..., Maurice, 31 oct. 1904. Prémat. 7 m. 1/2.	De 2 m. à 4 ans.	*Grosse rate. Polyadénopathie. Tibias lame de sabre.*	Aucune lésion ni stigmate.	Rachitique. Suralimenté.
Mère : 4 grossesses. 1 enfant vivant. 2 mort-nés : 1 à 7 m. 1/2, 1 à terme.	70	5525	De..., Nelly, 12 janvier 1905.	De 1 à 4 mois.	*Pemphigus.*	....	*Morte* 7 mai 1905.
Mère : 4 grossesses dont 1 F. C. 5 mois. 1 mort-né.	71	5590	Ga..., Pauline, 30 mars 1905.	De 1 à 17 mois.	*Pemphigus.*		
	72	5667	Ra..., Jacques, 15 avril 1904.	De 14 à 19 m.	*Coryza. Nez en lorgnette. Malform. dentaires.* Atrophie pondérale. P. à 14 m.: 7,050.		
Mère. IIe pare. 1er mort à 7 mois ?	73	5686	Re..., André, 10 février 1905. Prématuré : 8 m.	De 5 à 20 mois.	*Pl. muqueuses buccales. Gros foie. Grosse rate.* Atrophie pondérale. P. à 5 m.: 5,000.		
Mère. IIe pare. Sans renseignements.	74	5720	Le..., Jeanne, 19 juillet 1905.	De 1 à 6 mois.	*Gros foie. Grosse rate.*		
Mère. IVe pare. Sans renseignements. 4e grossesse gémell.	75	5924	Va..., Henri, 2 déc. 1905. Prématuré : 7 mois 1/2 (jumeau).	De 1 à 4 mois.	*Grosse rate.* Bec-de-lièvre double.	.. ..	L'autre jumeau en nourrice en province. Th. Pointin. Obs. 45.
Mère. Ire pare.	76	6014	Tr..., Charles, 9 déc. 1905. Prématuré : 8 mois.	De 5 à 10 mois.	*Grosse rate. Polyadénopathie.*		
	77	6065	Bo..., Marcel, 26 mai 1906. P. : 3,050. Placenta : 480.	De 1 à 24 mois.	*Ulc. du cou.*	.. ..	Th. Pointin. Obs. 17.
Mère. Ire pare. Gross. gémell. (Beaujon).	78	6067	Bo .., Georges, 26 mai 1906. P. : 3,260. Placenta : 550.	De 1 à 24 mois.	*Pemphig. Exostose clavicule droite.*		

Série B. — Observations du Dispensaire de la rue Saint-Dominique *(Suite)*.

RENSEIGNEMENTS sur LES PARENTS.	NUMÉRO D'ORDRE.	NUMÉRO d'inscription au DISPENSAIRE.	NOMS ET PRÉNOMS DATE ET POIDS DE NAISSANCE.	DURÉE de L'OBSERVATION.	MALADES OBSERVÉS de 0 à 2 ans.	MALADES OBSERVÉS pendant l'enfance.	OBSERVATIONS.
Mère. III^e^ pare. Les 2 pr. enf. morts en bas-âge.	79	6071	He..., Robert, 29 avril 1906.	De 2 à 14 mois.	*Pemphigus. Grosse rate. Syphilides anales et bucc.* Inj.: Benz. Hg.	.....	Atrophie pondérale. P. à 13 mois : 7,700.
Père : Non soigné. *Mère :* Roséole en 1900. Traitée à St-Louis (pilules pend. 3 m.).	80	6210	Gr..., Maurice, 26 janv. 1905.	De 21 m. à 3 ans	*Pl. muq. linguales.* Rachitisme.		
En 1906, gomme du pharynx. Sp. de Gibert et guérison. 3 grossesses à terme. 1^er^ enfant né avec pemphigus. Mort à 9 mois méningite.	81	6211	Gr..., Suzanne, 25 déc. 1905.	De 10 à 28 m.	*Pemphigus.*		
Père aurait eu des accidents en 1904 ? Traitement ?	82	6517	Mo..., Marie-Louise, 10 juillet 1899.	De 8 à 9 ans.		Aucune lésion ni stigm. spécif	
Mère nie tout accident. 3 grossesses à terme.	83	6850	Mo..., Achille, 7 nov. 1902.	A 5 ans 1/2.		Aucune lésion ni stigm. spécif.	
	84	6299	Mo..., Hortense, 27 mai 1906.	De 7 à 24 mois.	*Gros foie. Grosse rate. Hydrocéphalie.* Tour de tête à 8 m.: 0,44. *Convulsions.* Inj. benz. Hg. et frictions Hg.	.....	Atrophie pondérale. P. à 8 mois : 4,820.
Mère. VI^e^ pare. Sans renseignements.	85	6539	Co..., Andrée, 22 avril 1907.	A 1 mois.	*Pemphigus.*	.....	Observée seulem. pendant 1 mois.

Père : Non soigné. *Mère* : Traitée seulement pendant ses grossesses.	88	6879	Pé..., Jean, 19 sept. 1906.	De 18 à 20 m.	Paralysies ? Inj. sels solubles.		
Depuis 1906 se soigne régulièrement (Sp. de Gibert). *Grossesses* : En 1902, F. C. de 3 mois. En 1903, F. C. de 6 m. (Sp. Gibert pendant 3 mois. En 1906, à terme (Sp. Gibert pend. 6 mois. En 1907, à terme.	89	6741	Pé..., Paul, 2 nov. 1907.	De 1 à 6 mois.	Frictions Hg.		
	90	4243	Ba..., Suzanne, née en 1893.	De mars 1903 à février 1904.	.....	Aucune lésion ni stigm. spécif.	Vue seulement 3 fois au Dispensaire.
	91	3715	Ba..., Etiennette. 3 janv. 1900.	D'avril à juin 1902.	.....	*Gommescutanées* multiples.	*Morte* 29 juin 1902. Cachexie.
Mère : 7 grossesses dont 3 F. C.	92	4153	Ba..., Pierre, 30 déc. 1902.	De 1 à 15 mois.	*Ulc. de la voûte palatine.*	.....	*Mort* 14 mars 1904. Convulsions.
	93	5230	Ba:.., Etiennette, 29 mai 1904. P.: 3,400 (Baudel.)	De 1 à 3 mois.	Bien portant.	.....	Observée seulem. pendant 2 mois.

Série C. — Observations du Dispensaire de la rue Oudinot.

Renseignements sur les parents.	Numéro d'ordre.	Numéro d'inscription au Dispensaire.	Noms et prénoms. Date et poids de naissance.	Durée de l'observation.	Malades observés de 0 à 2 ans.	Malades observés pendant l'enfance.	Observations.
	94	279	He..., Henri, août 1898.	De 8 à 11 mois.	*Hydrocéphalie.* Athrepsie. P. à 9 m. : 4,950. Frictions Hg.	.....	*Mort* en juillet 1899. Athrepsie.
	95	1341	Be..., Emile, en 1897.	A 3 ans.	... .	*Kératite interst.* Huile biiodur.	
Mère : 2 grossesses à terme.	96	1753	Va..., Charles, 13 sept. 1900. Prémat. : 8 mois. Né à la Maternité. P. de naissance : 2,900. Placenta : 520.	De 3 m. à 5 ans	*Hydrocéphalie.* Friction Hg.	Aucune lésion ni stigmate.	A 5 ans. B. P. Hydrocéphalie guérie.
	97	3716	Va..., Louise, 2 déc. 1902. Née à la Maternité. P. de naissance : 3,350. Placenta : 450.	De 10 j. à 10 m.	Anémie grave.	.....	*Morte* en oct. 1903.
	98	3951 A	Ba..., Eugène, en 1890.	De 4 à 8 ans.	.....	Aucune lésion ni stigmate. B. P.	
	99	3958 A	Ba..., Lucien, en 1892.	De 2 à 6 ans.	.....	Aucune lésion ni stigmate. B. P.	
	100	2202	Ba..., Suzanne, 19 déc. 1900.	De 4 à 12 m.	Asymétrie faciale. Courbure anormale de la col. lombaire. Frict. Hg. Malf. d. oreil.	.....	*Morte* en juin 1902. Eclampsie.
	101	2274	Ma..., Fernand, janv. 1899.	De 2 à 5 ans.	....	*Exostoses ostéogéniques multiples.*	

						Gibert.	
	104	2813	Ot..., Marcel, 17 avril 1901.	De 7 à 13 mois.	*Hydrocéphalie.* Crâniotabès. Atrophie pondérale. P. à 7 mois : 4,950. Frictions Hg.		
Mère albuminurique. Infarctus du placenta.	105	3173	Ch..., Raymond, 20 janvier 1902. Prématuré (Baudelocque).	De 2 m. à 3 ans	*Hydrocéphalie.* Convulsions. Crâniomalacie.		
Mère. Ire pare à terme.	106	4350	Fi..., Marthe, 29 mai 1903.	De 2 à 15 mois.	*Coryza.* Frict. Hg.		
	107	5219	Fr..., Rose, en 1897.	Du 3 au 21 mai 1904.	.....	*Kératite interst.* Huile biiodur.	Observée seulem. pendant 3 semaines.
	108	5306	Bo..., André, en 1898.	A 6 ans.	.....	*Coryza. Kératite interst. Otite.* Frictions Hg.	
	109	6071	Ri..., Baptiste, 29 nov. 1904.	Du 16 au 23 févr. 1905.	*Crâne natiforme.* Crâniotabès. Frictions Hg.	.....	Observé seulem. pendant 1 semaine.
Mère. Ire pare à terme.	110	6137	Fr..., Roger, 1er janv. 1905.	De 2 à 10 mois.	*Coryza.* Crâniotabès. Courbe de poids stationn. Frictions Hg.		
	111	6159	Le..., Evremond, 13 oct. 1904.	De 5 mois à 3 ans 1/2.	Crâniotabès. Frictions Hg.	.....	Rachitique. Suralim. genu valgum.
	112	7169	Ma..., Gabriel, en 1900.	A 6 ans.	.....	*Otite double.* Retard de l'intelligence.	
	113	7428	Vi..., Jean, en 1904.	A 2 ans.	.....	Micropolyadénopathie.	Diagn. hésitant entre ♀ et Σ.
Mère : 4 grossesses dont 1 F. C.	114	7469	Te..., Jacques, 23 sept. 1904.	De 25 à 29 m.	.....	*Sclérose cérébrale* après méningite. Frictions Hg.	Mort en juillet 1908. Cause inconnue.
Mère : 4 grossesses sans renseignements.	115	8329	Sc..., Marcel, fév. 1906.	De 18 à 20 m.	*Kératite interst.* Rachitisme. Frictions Hg.	.....	En octobre 1907. Kératite améliorée mais non guérie.

Série C. — Observations du Dispensaire de la rue Oudinot *(Suite)*.

Renseignements sur les parents.	Numéro d'ordre.	Numéro d'inscription au Dispensaire.	Noms et prénoms. Date et poids de naissance.	Durée de l'observation.	Malades observés		Observations.
					de 0 à 2 ans.	pendant l'enfance.	
	116	9114	Tr..., Robert, né en 1904.	De mars à juin 1908.	.....	Aucune lésion ni stigmate.	
Mère : 4 grossesses dont 1 F. C.	117	9050	Tr..., Alice, née en 1905.	De mars à juin 1908.	Végét. adén.		
	118	9051	Tr..., Hubert, né en 1906.	De févr. à juin 1908.	*Kératite interst.* Rachitisme. Sp. de Gibert. Anémie grave.		

Série D. — Observations du Dispensaire de la rue Saint-Dominique.

Mère. Syphilis en 1893, 3 gross. : 1 mort-né, 1 mort à 9 jours.	119	3538	Th..., Hélène, 1er octobre 1901.	A 2 mois.	Poids à 3 mois : 3,830 gr.	.....	Observée seulement pendant 1 mois.
	120	4044	Ma..., Charles, en 1894.	A 8 ans.	.....	*Polyadénopathie* Frictions Hg.	
Mère. IIe pare. 1 frère mort à 6 semaines?	121	4099	Ch..., Pierre, 1er novembre 1902.	De 1 à 6 mois.	*Crâne non ossifié.* Atrophie pondérale. Poids à 6 mois : 4,350 gr.	.....	Marfan pense à syphilis héréditaire. *Mort* en mai 1903.
Mère syphilitique. 5 grossesses sans renseignements.	122	4427	Re..., Lucienne, 17 mai 1903.	De 2 à 8 mois.	Aucune lésion ni stigmate.		
Mère. Ire pare à terme.	123	5226	Be..., Marcel, 27 juin 1903.	De 12 mois à 3 ans 1/2.	*Hydrocéphalie.* Atrophie pondérale. Poids à 12 mois : 7,380 gr. Frictions Hg.		
Mère. IIe pare. Sans	124	5263	Ca..., Robert, 6 juin	De 4 mois à			

					10 mois : 0,475. Rachitique. Frictions Hg.		
Mère. VII[e] pare. 1 mort-né. 4 frères et sœurs décédés. 1 en nourrice. 1 à 7 ans ? 1 accident. 1 à 7 ans, péritonite.	126	5821	Le..., Denise, 7 août 1904.	De 15 à 24 mois	*Coryza* ? Rachit[isme] Frictions Hg.	.....	Coxalgie à 24 mois. Envoyé Hôp. Enfants Malades.
Mère. II[e] pare. 1[re] grossesse prémat. à 7 mois.	127	6038	Be..., Henriette, 3 déc. 1905.	De 5 à 17 mois.	Bec-de-lièvre. Atrophie pondérale Poids à 8 mois : 5,070 gr. Frictions Hg.		
Mère. IV[e] pare. Sans renseignements.	128	6928	Hi..., Maurice, en 1903.	A 5 ans.	Bien portant.	....	Vu une fois seulement.
	129	6777	Hi..., Henriette, 4 nov. 1907.	De 1 à 6 mois.	Rachitisme tibias. Atrophie pondérale. Poids à 2 mois : 3,480 gr. Frictions Hg.		
Mère. 3 grossesses dont 1 fausse-couche de 3 mois.	130	6824	Ro..., Henriette, 5 avril 1907.	De 9 à 13 mois.	*Coryza* ? *Cécité* ? Atrophie pondérale. Poids à 10 mois : 6,800 gr. Frictions Hg.	....	Poids à 13 ans 1/2 : 7,300 gr.
	131	4544	Du..., Louis, en 1898.	De 5 à 6 ans.	.....	Bien portant.	Venu seulement 3 fois au Dispensaire.
	132	3962	Du..., Henri, 8 décembre 1901.	De 8 mois à 6 ans.	*Lésions psoriasiformes*. Frictions Hg.	Aucune lésion ni stigmate.	
Mère. 5 grossesses sans renseignements.	133	5518	Du..., Gaston, 29 déc. 1904.	De 2 mois à 3 ans 1/2.	Atrophie pondérale. Poids à 20 mois : 8,180 gr.		
	134	6142	Du..., Madeleine, 7 août 1906. Prémat. 8 mois.	De 1 à 22 mois.	Atrophie pondérale. Poids à 20 mois : 6,220 gr.		

SÉRIE E. — **Athrepsiques observés au Dispensaire de la rue Oudinot.**

RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS.	NUMÉRO D'ORDRE.	NUMÉRO d'inscription au DISPENSAIRE.	NOMS ET PRÉNOMS DATE ET POIDS DE NAISSANCE.	DURÉE de L'OBSERVATION.	MALADES OBSERVÉS de 0 à 2 ans.	MALADES OBSERVÉS pendant l'enfance.	OBSERVATIONS.
Mère. IIIe pare. Les 2 premiers enf. morts avant 3 mois.	135	1202	Br..., Suzanne, 20 janv. 1900.	De 4 à 7 mois.	P. à 3 m. : 2990. Frictions Hg.	.....	*Morte* 1er juillet 1900.
Mère : 2 grossesses dont 1 F. C.	136	1269	To.... Georges, 3 oct. 1898.	A 19 mois.	P. à 19 m. : 9000. Frictions Hg.		
Mère. Ie pare. Syphilitique.	137	3696	Du..., Marcelle, 5 juill 1902.	A 15 mois.	P. à 5 m. : 5415. Frictions Hg.	.....	Observée seulem. pendant 10 jours.
Mère. IIe pare.	138	6239	Mi..., Ida, 25 janv. 1905.	De 5 à 28 mois.	Courbe de poids stationnaire. P. à 6 mois : 3520. Frictions Hg.		
Mère. IVe pare. 2 F. C. 3e enfant mort en nourrice à 2 ans ?	139	7159	Ma..., Raymond, 28 août 1905.	De 8 à 10 mois.	P. à 7 m. : 6030. Frictions Hg.		
Mère. IIIe pare. Sans renseignements.	140	7486	Fa..., Angèle, 8 oct. 1905.	De 12 à 18 m.	Poids à 18 mois : 7090.		

SÉRIE F. — **Athrepsiques observés au Dispensaire de la rue Saint-Dominique.**

	141	3808	Du..., Frédéric, 29 mai 1902.	De 1 à 3 mois.	P. à 3 m. : 3470. Frictions Hg.	.....	*Morte* en juillet 1902.
Mère. IIIe pare. Sans renseignements.	142	4360	We..., Marguerite, 13 février 1903.	De 2 à 5 mois.	P. à 5 m. : 3950. Frictions Hg.	.....	*Morte* 24 juillet 1903.
Mère. IIe pare. Sans renseignements.	143	5769	Dr..., Yvonne, 16 juin 1905. Prématurée : 7 m.	De 3 à 9 mois.	P. à 7 m. : 5090. Frictions Hg.	.....	*Morte* 14 mars 1908. *Convulsions.*
Mère. Ie pare. A terme.	144	6229	Eb..., Oscar, 6 juin	De 4 à 15 mois.	P. à 15 m. : 5720.	...	...

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

Nous allons maintenant, à l'aide de nos observations, essayer d'en tirer un enseignement pratique pour le diagnostic rationnel de l'hérédo-syphilis.

Celui-ci doit s'établir par l'étude approfondie et raisonnée de chacun des différents indices que nous révèlera l'enquête des antécédents et l'examen minutieux du malade.

Nous étudierons donc un à un chacun de ces éléments du diagnostic en utilisant les documents que nous fournissent nos observations. Nous chercherons à établir le rapport de fréquence que chacun de ceux-ci présente avec la syphilis et nous nous efforcerons d'en dégager la valeur diagnostique.

Comment établir le diagnostic d'hérédo-syphilis ?

Au moyen de quatre groupes de faits :

I. Par les antécédents ;
II. Par les lésions syphilitiques ;
III. Par les stigmates d'ordre syphilitique ;
IV. Par les dystrophies ;

I. — DIAGNOSTIC PAR LES ANTÉCÉDENTS

Au cours de notre étude, nous avons insisté plus d'une fois sur les difficultés nombreuses auxquelles nous nous

étions heurtés pour obtenir des renseignements exacts sur les antécédents maternels et sur les antécédents morbides du malade, nous avons exprimé le regret de n'avoir pu produire dans nos pièces justificatives qu'un nombre bien minime de faits où, grâce à nos recherches, il nous a été donné de signaler avec précision les avortements, la mortinatalité, la polymortalité infantile, le poids placentaire de l'enfant. C'est donc qu'il faut attribuer à chacun de ces éléments de l'enquête une valeur diagnostique qui est loin d'être négligeable. Nous les étudierons séparément.

A) **Avortements et mortinatalité**. — On sait que toute maladie infectieuse, toxique ou toxi-infectieuse survenue chez la mère pendant sa grossesse détermine sur celle-ci des troubles généraux capables de gêner son évolution normale. Ainsi la morbidité maternelle peut aboutir soit à la mort du fœtus *in utero*, soit à la terminaison prématurée de la grossesse. Il est fréquent de voir un avortement survenir chez une femme atteinte d'une maladie infectieuse au cours de sa grossesse.

A plus forte raison, les maladies chroniques exerceront une action néfaste sur les grossesses pendant toute la durée de leur virulence et la syphilis, par le processus d'endopériartérite qu'elle détermine, par la fréquence avec laquelle elle se manifeste, sera une des premières causes d'avortements et d'avortements à répétition.

Brion, dans l'étude de 530 avortements observés en 10 ans à à Lariboisière et à la Clinique Baudelocque, dans le service de M. le Prof[r] Pinard, a recueilli 161 cas dans lesquels il a pu trouver une notion étiologique certaine.

Sur ces 161 cas on note :

Insertion vicieuse du placenta	54 cas.
Syphilis.....	52 —
Albuminurie.....	27 —
Hydramnios.....	13 —

Nous voyons avec quelle fréquence la syphilis peut être une cause d'avortements et cette fréquence est encore plus grande que ne le fait voir ce tableau car on peut ajouter aux 52 cas de syphilis les 13 cas d'hydramnios, cette affection étant, dans l'immense majorité des cas, sous la dépendance de la syphilis.

D'autre part, si nous étudions d'autres statistiques, nous voyons également l'action manifeste de la syphilis. « Sur 100 fœtus macérés, 33,3 au moins sont syphi-« litiques (Fonct. Clin. Baudelocque 1903) ; sur 100 « femmes syphilitiques non traitées ayant donné 100 « grossesses (Stat. Etienne), on compte :

62 fœtus *mort-nés* tant produits d'*avortement* que *fœtus macérés*
38 — *vivants* sur lesquels :
16,6 présentent des *signes évidents de syphilis* à la naissance.
21,4 sont *sains en apparence*, dont 7 *prématurés* (1).

Toutefois, si en présence d'une femme ayant présenté des avortements à répétition ou avec mortinatalité assez notable on est en droit de songer à la syphilis, il ne faut pas oublier que de nombreux facteurs peuvent être la cause d'avortements et si même, en l'absence de toute lésion on conclut à la spécificité, on ne peut le faire qu'autant qu'on s'est assuré de n'avoir point affaire à une autre cause.

(1) Fruhinsholz. *Pratique médic. chirurg.* (Art. Syphilis et Grossesse), t. VI, p. 324.

Il faudra, par l'examen minutieux de la mère, se rendre certain que celle-ci n'est atteinte d'aucune maladie ou intoxication chronique capable d'avoir provoqué ces avortements, tuberculose, paludisme, lèpre, saturnisme, etc...; l'examen des urines fera éliminer l'albuminurie, enfin, l'on se rappellera que des causes locales, des lésions de l'utérus et des annexes peuvent exercer leur influence néfaste sur l'évolution des processus. A ce propos, nous citerons un exemple tiré de la thèse de Monory (1) qui montrera combien une lésion de l'appareil génital peut, par les avortements qu'il provoque, faire songer à une syphilis en puissance :

« Désireux de pousser plus loin le résultat de nos « investigations, nous avons tenté de rechercher l'étio- « logie de ces avortements dans la lecture attentive et « l'interprétation de nos observations.

« Nous trouvons un certain nombre d'observations (11), « dans lesquelles les deux ou trois premières grossesses « se sont terminées par des avortements; quelquefois « même, à cette série malheureuse, vient s'ajouter un « mort-né ; de là à conclure qu'il s'agit de syphilis « conceptionnelle, il n'y a qu'un pas. Nous nous serions « laissés aller à le franchir si nous n'avions rencontré le « fait suivant :

Le.. , 29 ans { Première grossesse : 23 ans.
Deuxième grossesse : 26 ans.

3 grossesses.. { 1re : 1899 : fausse couche.
2e : 1900 : mort-né.
3e : 1902 : enfant vivant inscrit au Dispensaire en 1902. Bien portant.

(1) Monory. *Etude sur la Mortalité infantile*, Th. Paris 1906. G. Steinheil (Travail fait aux Dispensaires de la Caisse des Ecoles du VIIe arrondissement).

« Or, cette observation qui pourrait être considérée « comme type d'infection syphilitique, a trait à une « jeune femme atteinte d'un kyste du ligament large et « dont l'histoire a été rapportée par M. Couvelaire, « à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de « Pædiatrie* ».

Enfin, il faut faire une part spéciale aux avortements des grandes multipares et aux avortements provoqués dont la fréquence est malheureusement très élevée.

Nous croyons utile de citer ce tableau tiré de la thèse de Monory, montrant, d'une façon frappante, combien la proportion des avortements augmente en raison directe du nombre de grossesses.

NOMBRE de grossesses.	NOMBRE d'observations.	AVORTEMENTS 1	2	3	4	5	TOTAUX	
I	161						0	
II	147	13					13	18,7 °/₀
III	98	11	5				33	
IV	69	22	7				29	
V	44	28	7	2			20	43,7 °/₀
VI	24	7	4				11	
VII	15	4	2	3			9	
VIII	6	1			1		2	
IX	7				1		1	
X	10	3	1	2		1	7	54,5 °/₀
Plus de X	6	3		1		1	5	
G. gémellaires	13	1	1				2	
TOTAUX	660	93	27	8	2	2	132	

B) **Mortalité infantile**. – Si, comme nous l'avons vu, la connaissance des avortements et des mort-nés qui se sont succédés dans une famille a une grosse valeur au point de vue diagnostique de l'hérédo-syphilis, la poly-mortalité infantile ne présente plus le même rapport de

fréquence avec la spécificité et sa valeur en diminue d'autant.

En effet, les circonstances ont changé : le fœtus enfermé dans l'œuf n'est pas soumis aux infections d'origine externe, il n'a guère à redouter que la virulence du sang maternel et la nosographie fœtale reconnaît des causes en nombre peu élevé, parmi lesquelles la syphilis est assurément la plus fréquente.

Au contraire, à partir de la naissance, l'enfant, en plus des maladies qui peuvent lui avoir été transmises par sa mère, est exposé aux infections de toute nature auxquelles il résistera d'autant moins s'il est un taré et un affaibli. On conçoit donc pourquoi la syphilis héréditaire devient une cause de plus en plus rare de mortalité infantile, cédant le pas aux maladies de l'enfance et les statistiques de mortalité infantile qui montrent d'une façon frappante combien la gastro-entérite et la broncho-pneumonie exercent de ravages sur les enfants du premier âge ne mentionnent guère la syphilis héréditaire comme cause de mortalité infantile.

En nous reportant, en effet, aux statistiques de mortalité de la Ville de Paris, nous avons constaté que la syphilis héréditaire était confondue avec la syphilis acquise ; et, en effet, d'après la nomenclature nosologique adoptée par la Commission internationale, la syphilis est désignée par le numéro 36, mais la division D qui s'applique à la syphilis héréditaire n'est destinée qu'aux statistiques de *morbidité* et non de *mortalité*. La statistique de mortalité des hôpitaux ne nous donne qu'un chiffre extrêmement faible et certainement au-dessous de la vérité : par exemple, en 1904, sur 4,862 enfants décédés dans les divers hôpitaux de la Ville de

Paris, 27 sont morts de syphilis héréditaire (5,5 p. 1,000) en 1905 sur 4,907 morts, 53 hérédo-syphilitiques (10,8 p. 1,000) (1).

De même le travail cité partout de Balestre et Gilletta de Saint-Joseph (2) ne signale pas la syphilis héréditaire.

Sur 1,000 décès d'enfants de 0 à 1 an, écrivent-ils, nous avons :

380,30	décès par	diarrhée et gastro-entérite.
172,54	—	maladies des voies respiratoires.
182,98	—	débilité congénitale.
58,17	—	maladies contagieuses.
34,27	—	maladies tuberculeuses.
4,67	—	cause inconnue.
167,05	—	autres causes.

L'hérédo-syphilis n'est donc que peu ou pas déclarée officiellement comme cause de mort et elle se dissimule dans les documents officiels sous les rubriques de débilité congénitale, cause inconnue et autres causes.

A côté de ces chiffres, nous croyons intéressant de citer ceux qui nous sont fournis par la statistique de mortalité des Dispensaires de la Caisse des Ecoles du VII[e] arrondissement. De 1901 à 1907 inclus, sur 194 décès connus, nous en trouvons 15 par syphilis héréditaire, soit : 77,3 p. 1,000.

C) **Placenta**. — Les lésions macroscopiques et microscopiques du placenta syphilitique étudiées par Fraenkel, Wirchow, de Sinéty, Malassez, Schwab, etc., sont actuellement de notion courante. Ce qu'il nous importe surtout de savoir, c'est l'augmentation de poids du placenta dans la syphilis : c'est à peu près le seul renseignement exact que nous puissions connaître par l'enquête et encore

(1) *Annuaire statistique de la Ville de Paris*, 1904, p. 792, et 1905, p. 406.

(2) Balestre et Gilletta de Saint-Joseph. *Etude sur la mortalité de la première enfance dans la population urbaine de la France de 1892 à 1897.*

seulement quand la mère a accouché à l'hôpital. Nous nous contenterons de citer ce que disent, à ce propos, Ribemont-Dessaignes et Lepage (1).

« Il est cependant un caractère macroscopique sur « lequel Pinard a beaucoup insisté dans ces dernières « années, c'est l'augmentation de poids du placenta par « rapport au poids des fœtus issus de parents syphi- « litiques. Cette augmentation proportionnelle du poids « du placenta s'observe non seulement lorsque les fœtus « succombent dans l'utérus, mais même lorsqu'ils « naissent vivants et ne présentent qu'ultérieurement « des accidents spécifiques.

« Lepage a comparé les poids des placentas pour les « fœtus morts pendant la grossesse et a montré que propor- « tionnellement le poids du placenta des fœtus tués par « la syphilis était d'environ un quart plus élevé que « celui des fœtus tués par une autre cause, telle que « l'albuminurie, etc.

« Cette hypertrophie placentaire est si importante que « dans un certain nombre de cas, Pinard a pu recon- « naître la syphilis chez le père ou la mère du fœtus « alors qu'elle était passée inaperçue ou plutôt qu'en « l'absence de lésions actuelles on n'avait point diagnos- « tiqué la syphilis ancienne. »

Nous voyons donc combien l'augmentation du poids du placenta, par rapport à celui du fœtus, a une grosse valeur diagnostique et elle est certainement à prendre en grande considération ; malheureusement la connaissance de ce poids placentaire est souvent bien difficile à connaître et c'est un renseignement sur lequel nous ne pouvons compter.

(1) Ribemont-Dessaigne et Lepage. *Précis d'obstétrique* (p. 761).

Enfin il est un fait sur lequel nous voudrions insister : c'est l'absence de lésions macroscopiques (surtout au point de vue du poids) que peut présenter le placenta d'un enfant hérédo-syphilitique. Nous trouvons dans la thèse de notre ami Pointin (1), les observations de jumeaux nettement hérédo-syphilitiques, puisque chacun des enfants observés a présenté des lésions manifestement syphilitiques (pemphigus, syphilides ulcéreuses, kératite). « Or, dit-il, ni dans l'une, ni dans l'autre de ces observations, le rapport entre le poids du placenta et le poids des nouveau-nés ne pouvait faire penser à la syphilis. »

Voici du reste les poids placentaires des jumeaux dont il parle :

Obs. 5. — Enfants nés à Baudelocque :

Poids de naissance	2.000
	2.150
Placenta unique	850

Obs. 17. — Enfants nés à Beaujon :

Poids de naissance	3.050
	3 260
Placenta doublé	480
	550

Obs. 34. — Enfants nés à la Pitié :

Poids de naissance	1.750
	1.680
Placenta unique	660

Ces observations ont été reprises dans notre travail, nous avons mentionné le poids du placenta à côté du poids de naissance.

(1) Pointin. *La puériculture du premier âge chez les enfants jumeaux de la classe ouvrière* (travail fait aux Dispensaires de la Caisse des Ecoles du VII[e] arrondissement), th. Paris 1908. G. Steinheil.

II. — DIAGNOSTIC PAR LES LÉSIONS SYPHILITIQUES

Comme nous l'avons annoncé au cours de notre introduction, notre intention n'est pas de décrire minutieusement la symptomatologie si complexe et si variée de la syphilis héréditaire ; nous ne ferions en cela qu'en reproduire imparfaitement la description détaillée que chacun peut retrouver dans les traités classiques et dans les ouvrages spéciaux. Nous voulons surtout constater avec quelle fréquence se sont présentées au cours de nos observations les lésions syphilitiques. Chemin faisant, nous indiquerons rapidement les éléments principaux du diagnostic et les affections dont il faut habituellement les différencier. Nous n'avons pas la prétention d'être complets, mais nous ferons remarquer qu'étant donné le nombre d'enfants (8,565) inscrits aux Dispensaires depuis 1900, étant donné également la durée en moyenne de nos observations, nous avons de grandes chances pour avoir observé la syphilis héréditaire, dans son aspect extérieur habituel telle que le médecin non spécialiste doit s'attendre à la rencontrer dans le cours de sa pratique.

Pemphigus. — Nous avons rencontré le pemphigus dans 20 cas : 12 fois, il était isolé ; 6 fois, associé à d'autres lésions syphilitiques ; 2 fois, nous l'avons vu coexister avec des stigmates de dystrophie.

Le pemphigus syphilitique présente cette particularité que son apparition coïncide souvent avec la naissance ou apparaît dans les premiers jours de la vie extra utérine. Aux éléments bulleux coexistent sur les téguments des éléments maculeux et papuleux (variété bulleuse de la syphilide érythémato-papuleuse polymorphe de Jacquet, sa localisation de prédilection à la

paume des mains et à la plante des pieds. Ces caractères bien nets permettent de le distinguer du pemphigus épidémique des nouveau-nés, maladie rare, à caractère franchement épidémique, à bulles plus volumineuses, à localisation générale respectant plus ordinairement les paumes et les plantes (1).

L'on différenciera également le pemphigus syphilitique des différentes dermatoses bulleuses de l'enfance : des urticaires bulleuses, des varicelles bulleuses, des dermatites polymorphes douloureuses aiguës (maladie de Dühring) etc.

Coryza. — La coryza syphilitique est, avec le pemphigus, l'un des éléments de diagnostic d'hérédo-syphilis le plus important. Nous avons vu, au cours de notre étude clinique, combien grande était sa fréquence ; nous l'avons constaté dans 15 cas : 3 fois celui-ci était isolé, 11 fois il était associé à d'autres lésions syphilitiques, enfin dans le dernier cas il coïncidait avec des stigmates d'ordre dystrophique.

Cet écoulement nasal sanieux, purulent ou sanguinolent, souvent accompagné de lésions de la muqueuse pituitaire (ce dont on pourra s'assurer par l'examen des fosses nasales) est rebelle à tout traitement local et ne cède jamais qu'au traitement spécifique. Ce caractère permettra de le distinguer des infections rhino-bronchiques d'origine banale dont l'allure aiguë, ou les poussées successives les séparent nettement du coryza syphilitique.

Syphilides. — Les lésions syphilitiques du revêtement cutanéo-muqueux sont, sans contredit, celles que nous

(1) Fouquet. Contribution à l'étude du pemphigus épidémique des nouveau-nés. *Soc. d'obstétrique de Paris*, avril 1906.

avons observées le plus fréquemment : sur 30 cas où nous les avons constatées, 8 fois celles-ci étaient la seule manifestation de la syphilis, 15 fois elles coïncidaient avec d'autres lésions syphilitiques, 7 fois avec des dystrophies de toute nature.

Les lésions de la muqueuse linguale seront différenciées de la glossite marginée exfoliatrice.

Les lésions cutanées offrent, dans la plupart des cas, les plus grandes facilités pour le diagnostic, surtout lorsqu'elles sont groupées et localisées sur le visage, par exemple, donnant ainsi au petit malade le masque hérédo-syphilitique si caractéristique ; en particulier les fissures labiales seront presque toujours suspectes à l'observateur.

Localisées principalement aux régions génitales et périanales, il faudra éviter de les confondre avec les excoriations vulgaires qui en imposent bien souvent pour une lésion spécifique. A ce niveau également la coloration plus vive, le manque d'infiltration, l'absence d'érosion permettront de reconnaître un érythème banal dû au simple contact irritant de l'urine et des matières fécales. Dans certains cas cependant, au niveau de ces érythèmes peuvent se développer des éléments papuleux décrits par Sevestre et Jacquet sous le nom de *érythème papuleux ou syphiloïde post érosive*. « Cet érythème a été confondu souvent avec les « syphilides et fut décrit du reste par Parrot sous le « nom de syphilide lenticulaire. Il en diffère par l'intégrité des plis naturels alors que ceux-ci sont envahis « jusque dans leur profondeur par les lésions syphilitiques ; de plus les pseudo-papules offrent à leur périphérie un plissement épidermique rayonné à plis très « fins et parallèles (Jacquet) que l'on ne rencontre « jamais dans la syphilis (1). »

(1) Thibierge. In *Traité de médecine* de Charcot, Bouchard et Brissaud, t. II, p. 266.

Dans un certain nombre de cas où les syphilides présenteront un aspect particulier, il faudra les différencier du psoriasis, de l'impétigo, de la vaccino-syphiloïde de Besnier et Fournier, de certaines tuberculides.

Gommes cutanées. — Les gommes cutanées des hérédo-syphilitiques, et surtout chez les jeunes sujets, sont relativement rares; pour certains auteurs même (Brocq) les gommes décrites (du moins chez le nouveau-né) ne seraient que des abcès sous-cutanés. Quoi qu'il en soit, celles-ci se reconnaissent par leur évolution (périodes successives de crudité, de ramollissement, d'ulcération et de réparation), par l'aspect extérieur de l'ulcération à contours arrondis ou poly-cycliques, à bords nets et taillés à pic, à fonds grisâtre, sanieux, parfois bourgeonnant. Ces caractères les différencieront de l'ecthyma térébrant infantile, des ulcérations tuberculeuses plus torpides, à bords irréguliers, décollés, enfin de la sporotrichose cutanée (de Beurmann et Gougerot) que l'ensemencement sur milieu spécial et l'amélioration par le traitement ioduré permettront de reconnaître.

Lésions viscérales. — Nous passerons rapidement sur certaines lésions viscérales de la syphilis héréditaire au sujet desquelles tous les auteurs sont d'accord, telles que les hémorragies des nouveau-nés, l'ictère chronique, les lésions testiculaires (Hutinel). Elles ont une valeur diagnostique indéniable, mais elles ne se présentent que fort rarement en clinique, de plus, nous ne les avons pas observées parmi les malades dont nous publions les observations.

A côté de celles-ci, se placent certaines localisations viscérales qui ont acquis une haute valeur diagnostique

tant par la fréquence avec laquelle on la rencontre que par les nombreuses études qui ont été faites à leur sujet. Nous voulons parler de l'augmentation de volume de la rate accompagnée ou non d'hépatomégalie et d'augmentation de volume des ganglions lymphatiques.

Si nous reprenons l'étude clinique des malades observés aux Dispensaires de la rue Oudinot et de la rue Saint-Dominique, nous remarquons que sur les 93 observations de syphilis héréditaire indiscutable, nous avons trouvé 15 fois une hypertrophie de la rate cliniquement appréciable, c'est-à-dire dans 1/6 des cas. Sur ces 15 cas, 9 étaient associés à l'hépatomégalie ; dans un seul cas nous avons noté une hépatomégalie isolée (obs. 54) ; enfin, dans 2 autres cas, à la splénomégalie était associée la micropolyadénopathie (obs. 69 et 76).

L'hépatomégalie et surtout la splénomégalie se rencontrent donc fréquemment chez les nourrissons hérédo-syphilitiques et M. Marfan lui attribue une valeur diagnostique considérable. Voici du reste ce qu'il écrit à ce sujet (1) :

« Sur 40 cas de splénomégalie chronique chez des « enfants âgés de moins de 2 ans, nous trouvons la « syphilis 31 fois (77,5 p. 100). La syphilis était certaine « 18 fois (45 p. 100) et très probable 13 fois (32,5 « p. 100).

« Notre statistique montre donc que l'hypertrophie « de la rate chez les nourrissons se rattache à la syphilis « héréditaire dans les trois quarts des cas ; que dans « l'autre quart, le rachitisme intervient le plus souvent et

(1) Marfan. De l'hypertrophie chronique de la rate dans la syphilis héréditaire précoce et de sa haute valeur pour le diagnostic de cette maladie. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, mai 1903.

« que ce n'est que dans un nombre infime de cas qu'on « ne retrouve ni la syphilis ni le rachitisme...

« Certes, nous ne voulons pas dire que la syphilis est « la seule cause de l'hypertrophie de la rate chez les « jeunes enfants ; il faut admettre, jusqu'à plus ample « informé, que le rachitisme peut aussi la produire. Il « est possible aussi que dans quelques cas exceptionnels, « on puisse l'attribuer à une des causes signalées par les « auteurs (malaria, tuberculose, leucémie, dégénéres- « cence amyloïde).

Et plus loin dans ses conclusions :

« Dans les premières années de la vie, la syphilis est « la cause de beaucoup la plus fréquente de l'hypertro- « phie chronique de la rate. La splénomégalie syphili- « tique des nourrissons s'accompagne presque toujours « d'une anémie qui est tantôt légère, tantôt grave et que « ce dernier cas peut revêtir la forme de l'anémie splé- « nique pseudo-leucémique. Elle s'acccompagne aussi « souvent d'un certain degré d'augmentation de volume « du foie et de polyadénie ».

« Il y a des cas où la syphilis héréditaire précoce ne « se manifeste que par la splénomégalie et les symp- « tômes que nous venons d'indiquer ; on peut le désigner « par l'expression « formes splénomégaliques de l'héré- « do-syphilis ».

Lésions osseuses. — Parmi les lésions osseuses hérédo-syphilitiques, certaines sont trop nettes pour qu'il soit besoin de les discuter ; d'autre part, elles sont considérées à l'heure actuelle plus comme des *stigmates* que comme des *lésions* syphilitiques : nous voulons parler du crâne natiforme et du tibia en lame de sabre. Nous les étudierons à propos des stigmates d'ordre syphilitique.

Pourtant il est une affection du système osseux que l'on s'accorde à considérer d'origine syphilitique constante, c'est la pseudo-paralysie de Parrot, il faudra la diagnostiquer, ainsi que Parrot le dit lui-même, d'avec la paralysie spinale infantile, d'avec les fractures et d'avec les paralysies obstétricales.

Au cours de nos observations, nous avons rencontré 3 cas de gommes osseuses (obs. 38, 41 et 45) toutes trois associées à d'autres lésions syphilitiques et deux cas de pseudo-paralysie de Parrot dont l'un a été contrôlé par M. Marfan (obs. 35).

Lésions nerveuses. — La syphilis héréditaire peut se localiser soit sur le système nerveux central, soit sur le système nerveux périphérique, elle se manifestera en clinique par différentes affections dont il faudra faire le diagnostic : la méningite syphilitique des inflammations diverses des méninges et surtout de la méningite tuberculeuse ; les lésions centrales, hémorragie cérébrale, sclérose ou médullaire, tabès infantile, scléroses partielles de la moelle, sclérose diffuse devront être rattachées à leur véritable cause, enfin les localisations périphériques devront être séparées des différents facteurs étiologiques des névrites périphériques.

Voici les détails de lésions nerveuses d'origine syphilitique observées par nous :

Méningite	2 cas.
Sclérose cérébrale	1 —
Convulsions	2 —
Hydrocéphalée	10 —
Paralysies (?)	1 —

Lésions sensorielles. — α) *Ouïe.* — La surdité, et surtout la surdité totale et brusque est habituellement

d'origine labyrinthique et reconnaît pour cause la syphilis ; il faudra soupçonner celle-ci chez tous les enfants chez lesquels on constate de la surdité et l'examen spécial de l'appareil auditif permettra d'éliminer les autres causes de surdité. Nous n'avons observé que 2 cas d'otite (obs. 108 et 112).

β) *Œil.* — Parmi les affections oculaires que l'on rencontre dans la syphilis héréditaire, il en est une que l'on rencontre plus fréquemment que les autres (iritis, conjonctivite, rétinite, etc.), c'est la kératite et surtout la kératite interstitielle. Les travaux d'Hutchinson, Parinaud, Trousseau, Haltenhof, etc... ont montré que dans l'immense majorité des cas les kératites interstitielles étaient une conséquence de la syphilis acquise ou héréditaire. Le fait est qu'elles guérissent parfaitement par le traitement antisyphilitique : il faut donc accorder à la kératite interstitielle une valeur importante dans le diagnostic de l'hérédo-syphilis, mais il ne faut pas oublier que les auteurs semblent plutôt considérer la kératite interstitielle comme une dystrophie résultant de la syphilis qui agit à la façon des autres maladies héréditaires dystrophiantes telles que la tuberculose et l'alcoolisme et Balzer (1) résumant un travail d'Hutchinson (2) concernant les affections de l'œil consécutives à la syphilis héréditaire, a écrit ceci :

« Les effets remarquables du traitement mercuriel « démontrent bien que cette kératite dépend de la syphi- « lis et non de la scrofule, comme on l'a prétendu. Tou-

(1) Balzer. In *Traité de Médecine et de Thérapeutique.* Brouardel, Gilbert et Girode.

(2) Hutchinson. *Etude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire* (traduit et annoté par Hennet, Paris, 1884).

« tefois cet argument, tiré de la thérapeutique, n'a pas « une valeur absolue : le mercure peut améliorer des « affections oculaires qui ne sont pas produites par la « syphilis et il semble bien qu'on doive conclure à l'in- « dépendance d'un certain nombre de kératites dont « l'évolution se confond avec celle qui vient d'être « décrite pour la kératite de la syphilis, héréditaire « tardive. »

Sur 13 cas de kératite observés aux Dispensaires, 8 étaient associés à des lésions syphilitiques, 5 étaient isolés.

Enfin, ajoutons qu'à côté de ces lésions bien caractéristiques de l'appareil visuel dont le diagnostic est aisé même pour le praticien non spécialiste, on peut observer une série de stigmates du fond de l'œil ; ceux-ci, étudiés spécialement par Antonelli (1), exigent pour leur constatation une expérience particulière de l'ophtalmoscopie, ils n'en ont pas moins une valeur diagnostique qui n'est pas négligeable et le médecin ne doit pas hésiter, en présence d'un cas douteux, à faire confirmer par un confrère spécialiste un diagnostic encore hésitant.

Moyens spéciaux de diagnostic. — Naturellement, toutes les fois qu'on le pourra, il faudra appuyer et confirmer le diagnostic par les ressources du laboratoire ; chaque fois qu'on se trouvera en présence d'une lésion cutanée ou muqueuse suspecte, il faudra rechercher le tréponème pâle de Schaudinn soit par examen sur frottis, soit sur coupes après biopsie et les recherches récentes ont prouvé combien il était fréquent de rencontrer l'agent pathogène de la syphilis sur les lésions cutanées

(1) Antonelli. *Les stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire.* Th. Paris, 1897.

des nouveau-nés. Voilà donc un élément de diagnostic extrêmement précieux dans les cas nombreux où l'on hésite ; malheureusement il n'est pas à la portée de tous et plus d'un praticien doit se résigner à s'en passer souvent pour des raisons purement matérielles.

Nous ne parlerons que pour mémoire de l'examen du sang et de la réaction de Wassermann. La question est encore trop discutée pour que nous puissions la trancher, il nous suffira de dire que c'est là une méthode trop délicate pour qu'elle puisse jamais passer dans le domaine courant.

Enfin, dans un certain nombre de cas, l'examen du liquide céphalo-rachidien, au double point de vue chimique et cytologique, montrera le degré de réaction de défense des méninges vis-à-vis de la syphilis ; les travaux de Ravaut (1) ont montré combien était fréquente la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien chez les hérédo-syphilitiques.

III. — DIAGNOSTIC PAR LES STIGMATES HÉRÉDO-SYPHILITIQUES.

Si l'on consulte les ouvrages qui traitent de la syphilis héréditaire (A. et E. Fournier, F. Gastou, Mauriac, etc.), on voit combien ces auteurs ont décrit de lésions et de stigmates variés de tous les appareils et de tous les systèmes de l'organisme que l'on peut rattacher à l'hérédo-syphilis. Et pourtant, lorsqu'il s'agit pour eux de déclarer si le signe décrit est pathognomonique, on peut remarquer combien grande est leur hésitation et combien

(1) Ravaut. Le liquide céphalo-rachidien des hérédo-syphilitiques. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1907, p. 81.

peu nombreux sont les stigmates pathognomoniques, c'est-à-dire qui permettent de déceler à coup sûr l'hérédo-syphilis et que l'on ne rencontre nulle part ailleurs.

E. Fournier, dans son ouvrage si documenté et si précis sur la *Syphilis héréditaire tardive*, se rangeant à l'avis des syphiligraphes les plus éminents, et surtout s'appuyant sur l'autorité indiscutable de son père, M. le Prof[r] Fournier, indique seulement quatre stigmates pathognomoniques de l'hérédo-syphilis, à savoir :

1° Le tibia en lame de sabre ;

2° Le crâne natiforme ;

3° La dent d'Hutchinson (dans sa forme pure) ;

4° La dent dite en tournevis.

« Je crois donc, ajoute-t-il, quant à moi et d'après ce « que j'ai pu observer jusqu'ici, qu'il n'est pas d'exagé- « ration à qualifier de *pathognomonique* les quatre stig- « mates en question ».

Voici donc les signes d'hérédo-syphilis suffisants à eux seuls pour diagnostiquer à coup sûr cette affection ; malheureusement, ils sont d'une extrême rareté ; au cours de notre travail, sur 93 cas de syphilis héréditaire indiscutable, nous avons observé 3 fois les tibias en lame de sabre (Obs. 4, 6 et 69) et deux fois seulement le crâne natiforme (Obs. 50 et 109). Quant aux deux autres stigmates, la dent d'Hutchinson et la dent dite en tournevis, nous ne les avons pas rencontrés, il y avait du reste de grandes chances pour cela, car ces stigmates appartiennent à la seconde dentition et les enfants ou adolescents en possession de cette seconde dentition ne sont qu'en bien faible minorité dans notre étude.

IV. — DIAGNOSTIC PAR LES STIGMATES D'ORDRE DYSTROPHIQUE.

A) **Dystrophie de la nutrition générale (Athrepsie).** — L'action destructive de la syphilis s'exerce, dans le cas d'une virulence assez violente, sur la descendance des syphilitiques par des avortements à répétition ou par l'expulsion de fœtus à terme, mais morts et macérés. Dans le cas d'une virulence plus amoindrie par le fait de l'ancienneté de la syphilis (loi de décroissance de Diday) ou sous l'effet du traitement antisyphilitique, on peut voir les enfants issus de parents syphilitiques naître vivants : ils présentent alors des lésions syphilitiques avérées (pemphigus) ou bien ils sont sains en apparence et dans certains cas, l'action nocive de la syphilis, la tare organique ne se traduit que par le ralentissement des échanges, le défaut d'assimilation, une véritable cachexie qui trop souvent aboutit à la mort sans qu'aucun symptôme morbide donne l'explication de cette déchéance organique. C'est, suivant l'expression de M. le Prof^r^ Fournier, une « véritable inaptitude à la vie ». C'est cette athrepsie portée au plus haut degré qui donne à l'enfant cet aspect si particulier, ce facies à peau terreuse, flasque et ridée, ce visage simiesque, cet amaigrissement extrême de tout le corps qui offre l'image de la décrépitude en miniature (Doublet), et a fait donner à ces enfants le nom de petits vieux syphilitiques. Mais il ne faut pas croire que cet habitus extérieur soit particulier à l'hérédo-syphilis et qu'on puisse accuser de syphilis héréditaire tout athrepsique offrant l'image du petit vieux. Ce n'est là qu'un signe de cachexie et tous les nouveau-nés ou les nourrissons dont l'état général n'est

pas satisfaisant pour quelque cause que ce soit (prématurés, hérédo-tuberculeux, hérédo-alcooliques, nourrissons atteints de gastro-entérite ou de broncho-pneumonie) sont aussi bien souvent des « petits vieux », et peuvent offrir une ressemblance parfaite avec l'image du petit vieux syphilitique que donne E. Fournier dans son ouvrage sur l'*Hérédo-syphilis tardive* (p. 31, fig. 4).

« Ce facies et cet habitus général, ajoute du reste cet « auteur, ne sont bien, à vrai dire, que le facies et « l'habitus de l'athrepsie portée à un très haut degré ; « et il n'est donc rien là, quoiqu'on ait prétendu le « contraire, qui appartienne en propre à la syphilis ».

Cette athrepsie se manifeste d'ailleurs par la courbe alimentaire : si l'on jette les yeux sur celle-ci, on peut voir que bien souvent les nouveau-nés mettent à reprendre leur poids de naissance un temps plus long qu'à l'état normal ; quel que soit le mode d'allaitement auquel ils sont soumis, leur courbe de poids reste au-dessus de la normale, quelquefois elle est en plateau, dans certains cas, presque descendante. C'est là un fait observé et connu depuis longtemps ; en 1894 Pouzol (1), élève de Boissard, avait montré combien la courbe de poids peut aider au diagnostic de l'hérédo-syphilis, plus tard, en 1904, Boissard et Dévé (2), dans une communication à la Société d'Obstétrique de Paris ont insisté une fois de plus sur la valeur diagnostique de la courbe alimentaire chez les hérédo-syphilitiques.

« De nos recherches, disent ces auteurs, nous avons « été amenés à penser que cet *état paradoxal* (entre la « quantité de lait ingéré et la courbe alimentaire) pou-

(1) Pouzol. *De l'importance diagnostique de la courbe alimentaire dans certains cas d'hérédo syphilis.* Th. Paris, 1894.

(2) Boissard et Dévé. *Société d'Obstétrique de Paris*, 17 mars 1904.

« vait être *la manifestation d'une tare, de la syphilis* « *héréditaire atténuée* qui ne serait caractérisée que par « cette dystrophie ou inaptitude à augmenter de poids.

« Nous pensons donc que si, sans cause apparente ou « cliniquement appréciable, on voit ces enfants diminuer « progressivement de poids, malgré le régime le mieux « institué, malgré les changements apportés dans la « nature, qualité ou quantité de lait, nous pensons qu'on « est en droit, non seulement de soupçonner une syphilis « héréditaire atténuée, mais de l'affirmer même en « l'absence de manifestations spécifiques chez la mère et « chez l'enfant.

« La preuve que l'on se trouve bien en face d'une « syphilis héréditaire atténuée, en quelque sorte latente, « est fournie par les succès que donne le traitement « mercuriel et confirmée par les échecs éprouvés par sa « suppression. »

A leur communication, MM. Boissard et Dévé ajoutent des graphiques démonstratifs de l'effet du traitement mercuriel sur certaines atrophies pondérales.

Parmi les malades des Dispensaires du VII[e] arrondissement, nous avons recueilli, nous aussi, un certain nombre d'observations d'athrepsiques (voir Tableau des athrepsiques), dont l'état général n'était expliqué par aucune cause cliniquement appréciable. Chez ces nourrissons, le traitement mercuriel a été souvent suivi d'une ascension notable de la courbe de poids et l'on ne peut songer à nier l'effet bienfaisant du traitement mercuriel.

Néanmoins, nous ne pouvons nous défendre d'émettre une objection : est-on en droit d'*affirmer* l'hérédo-syphilis en présence d'un nourrisson athrepsique dont l'athrepsie n'est pas expliquée et dont le traitement mercuriel a pro-

voqué une ascension de la courbe de poids ? Faut-il attribuer au mercure la valeur d'une « pierre de touche » infaillible dans le diagnostic de la syphilis ? Il nous semble bien téméraire de l'affirmer. De plus en plus, on s'accorde à reconnaître que le mercure est capable de guérir d'autres affections que la syphilis ; le psoriasis est très rapidement amélioré par les injections intra-musculaires d'huile grise, certaines tuberculides cutanées sont guéries sur le traitement mercuriel, celui-ci a également une action thérapeutique manifeste sur les kératites non syphilitiques. Et d'ailleurs, ne peut-on supposer également que le mercure peut agir dans l'organisme en provoquant une réaction leucocytaire abondante, comme tout autre ferment métallique ? N'est-il pas fréquent de voir bien des syphilitiques, au cours de la période secondaire, en plein traitement mercuriel, présenter un état général parfait et même augmenter de poids d'une façon notable ?

Dans ces conditions, il semble qu'on soit en droit de se demander si la courbe de poids a la valeur absolue que lui attribuent MM. Boissard et Dévé et si en soumettant un athrepsique à l'action d'un ferment métallique quelconque, collargol par exemple, on n'aurait pas observé une amélioration, un accroissement de la courbe de poids, tels qu'en donne l'application du traitement mercuriel.

Il ne nous appartient pas de trancher la question ; nous avons voulu simplement nous opposer à la signification de valeur absolue que lui donnent MM. Boissard et Dévé et montrer qu'elle n'est pas exempte d'objection.

B) **Dystrophie de la nutrition osseuse (Rachitisme).** — La relation de cause à effet entre la syphilis et le rachitisme est depuis longtemps l'objet de nombreuses

discussions : entrevue par les auteurs anciens, Astruc, Van Swieten, Bœrhoave, etc., elle fut affirmée par Parrot qui, le premier, vit dans le rachitisme une lésion directement dépendante de la syphilis. Nous n'avons pas l'intention de retracer les différentes théories pathogéniques émises sur ce sujet ; nous nous bornerons à constater que le rachitisme se rencontre fréquemment chez les hérédo-syphilitiques et que si la syphilis ne crée pas le rachitisme, elle lui prépare le terrain et prédispose à son développement.

« J'imagine, dit M. le Prof[r] Fournier, que la syphilis « produit le rachitisme au même titre qu'elle produit la « débilité native, l'appauvrissement de la constitution, « le lymphatisme, les dystrophies de tout ordre, les « malformations dentaires, les arrêts de développement, « l'infantilisme, etc., toutes conséquences banales d'une « cause spécifique exerçant sur l'économie une influence « intense de dépression, de déchéance organique, de « dégénérescence. »

M. Marfan (1), au contraire, admet que dans certains cas, le rachitisme peut être directement créé par la syphilis et dans ce cas, il présente des caractères bien particuliers : la précocité de son apparition avant le 4[e] mois, la fréquence du craniotabes, l'hypertrophie chronique de la rate qui l'accompagne.

Parmi les manifestations du rachitisme, le *craniotabes* est sans contredit celle que l'on rencontre le plus souvent chez les hérédo-syphilitiques ; les statistiques de Carpenter indiquent 74 syphilitiques sur 100 enfants atteints de craniotabes et 50 cas de craniotabes sur 100 cas de syphilis ; d'après Hochsinger, sur 69 nourrissons

(1) Marfan. Rachitisme et syphilis. *Semaine médicale*, 2 octobre 1907.

syphilitiques âgés de 2 à 8 mois, 64 étaient rachitiques et 27 de ceux-ci présentaient des craniotabes.

Un élève de Marfan, Aucouturier (1), dans sa thèse, formule des conclusions identiques.

« Le craniotabes nous a paru fréquent chez les hérédo-« syphilitiques. La syphilis semble prédisposer au « rachitisme, il apparaît dans ce cas souvent de bonne « heure ; le craniotabes, lésion surtout fréquente dans « les cas de rachitisme précoce, en est souvent une « manifestation. »

Au cours de nos observations personnelles, nous avons recueilli 23 cas de rachitisme. Sur ces 23 cas, 4 étaient très nettement des rachitismes de suralimentation.

Si nous retranchons ceux-ci, nous trouvons que, sur 19 cas de rachitisme, nous avons rencontré 11 fois le crâniotabès (57,8 p. 100) et dans 11 de ces cas cette lésion rectiligne était associée à des lésions syphilitiques.

Il est donc possible d'attribuer une valeur diagnostique au rachitisme et surtout au craniotabes dans la recherche de l'hérédo-syphilis ; si celle-ci n'en est pas toujours la cause efficiente, elle a souvent contribué pour une large part à son développement et peut être découverte si l'on se met en devoir de la rechercher.

C) **Malformations et dystrophies diverses.** — Nous avons observé au cours de notre étude 11 enfants présentant des malformations ou des dystrophies diverses, et parmi eux 2 cas d'exostoses (dont l'un associé à des lésions syphilitiques, obs. 78) 3 cas de malformations dentaires, 1 nez en lorgnette, 1 asymétrie faciale, 1 scoliose, 1 syn-

(1) Aucouturier. *Etude sur le craniotabes.* Th. Paris, 1906.

dactylie, 2 becs de lièvre. D'autre part il n'est pas de dystrophie ou de malformations de quelque appareil ou de quelque région du corps qu'on ne puisse attribuer à l'hérédo-syphilis et l'on peut voir, en consultant les traités de l'hérédo-syphilis, que la spécificité est, à elle seule, capable de produire toutes les dystrophies. Il ne faut pourtant pas en conclure que la constatation des stigmates dystrophiques doive faire diagnostiquer la syphilis ; comme le dit E. Fournier, « les stigmates dystro-« phiques n'impliquent pas la syphilis chez le sujet qui « les porte. Il se peut certes que ce sujet soit syphiliti-« que et il l'est fréquemment. Mais il se peut aussi qu'il « ne le soit pas. »

Il est en effet démontré, par la pathologie générale, que toute maladie infectieuse ou toxique survenue chez les ascendants est susceptible de se manifester sur la descendance par la transmission de la maladie en nature ou par l'immense variété des monstruosités, des malformations et des dystrophies ; ces phénomènes sont englobés sous le nom général d'*hérédo-congénitalité* et nous rappellerons à ce propos les expériences de Charrin, de Gley et de G. H. Roger qui ont prouvé d'une façon évidente l'influence d'une infection ou d'une intoxication des ascendants sur les descendants.

D'autre part M. le Pr Pinard a montré qu'on pouvait observer des dystrophies ou des malformations chez des enfants issus de parents atteints d'une maladie quelconque au moment de la conception.

Enfin, des stigmates dystrophiques semblables à ceux que crée la syphilis peuvent se rencontrer au cours de toutes les hérédo-toxi-infections : dans l'hérédo-tuberculose (M. le Pr Landouzy), dans l'hérédo-alcoolisme (Lancereaux), dans l'hérédo-saturnisme (Constantin Paul,

Renault), dans l'hérédo-paludisme (Bonfils, Pasquali), dans l'hérédité lépreuse (Zambaco-Pacha).

Pour ce qui concerne les malformations dentaires, elles peuvent être sous la dépendance d'une lésion du système nerveux (Mme A. Sollier) ou d'une transmission héréditaire (Galippe).

En résumé, si la syphilis crée des dystrophies, et cela est indiscuté, elle n'en est pas toujours la seule affection responsable, elle n'agit qu'au même titre que toutes les autres hérédo-toxi-infections.

Le stigmate dystrophique n'a donc qu'une valeur relative dans le diagnostic de l'hérédo-syphilis et pourtant, en raison de la grande fréquence de la syphilis, il faut considérer la constatation d'une dystrophie comme un indice précieux qui nous fera soupçonner la spécificité, nous la fera rechercher et souvent nous la fera découvrir et cet *office dénonciateur* des stigmates dystrophiques est considéré par E. Fournier comme ayant une utilité incontestable :

« Les stigmates, dit-il, sont de nature à rendre au « diagnostic les plus précieux, les plus estimables ser- « vices. Ce sont des signaux, des avertisseurs qui crient « au médecin : « Attention ! Méfiez-vous ! Peut-être « y a-t-il syphilis sous roche ». Et alors le médecin « cherche la syphilis ; et la cherchant, il la trouve « parfois, souvent même, et cela au grand bénéfice du « malade. Par elle seule donc, on le voit du reste, cette « unique raison suffit à ce que nous nous occupions et « nous préoccupions des stigmates. Ne rempliraient-ils « que le simple office de *dénonciateurs* qu'ils sera ent « déjà les bienvenus ».

TABLEAU

montrant la fréquence relative des lésions syphititiques, des stigmates syphilitiques et des stigmates dystrophiques chez les hérédo-syphilitiques dont nous publions les observations (V. les observations détaillées, p. 24).

Lésions syphilitiques.

		TOTAUX
PEMPHIGUS		
Isolé	12	
Associé à d'autres lésions	6	20
Associé à des dystrophies	2	
CORYZA		
Isolé	3	
Associé à d'autres lésions	11	15
Associé à des dystrophies	1	
SYPHILIDES		
Isolées	8	
Associées à d'autres lésions	15	30
Associées à des dystrophies	7	
GOMMES CUTANÉES		
Associées à d'autres lésions	6	6
LÉSIONS OSSEUSES		
Gommes osseuses, associées à d'autres lésions	3	
Pseudo-paralysie de Parrot	2	5
LÉSIONS NERVEUSES		
Méningite	2	
Sclérose cérébrale	1	
Convulsions	2	16
Hydrocéphalie	10	
Paralysies (?)	1	
LÉSIONS VISCÉRALES		
Grosse rate isolée	6	
— associée à gros foie	9	15
Gros foie isolé	1	1

Lésions syphilitiques (*suite*).

		TOTAUX
ADÉNOPATHIES		
Isolées	2	5
Associées à d'autres lésions	3	
LÉSIONS SENSORIELLES		
Otite	2	2
Kératite isolée	5	13
— associée à d'autres lésions	8	

Stigmates syphilitiques.

CRANE NATIFORME		
Associé à d'autres lésions	1	2
Associé à des dystrophies	1	
TIBIAS EN LAME DE SABRE		
Associés à d'autres lésions	3	3

Stigmates d'ordre dystrophique.

ATHREPSIE		
Isolée	12	41
Associée à des lésions ou à des stigmates	24	
Associée à d'autres dystrophies	5	
CRANIOTABES		
Isolé	1	11
Associé à des lésions ou à des stigmates	9	
Associé à d'autres dystrophies	1	
RACHITISME		
du thorax	1	12
des membres	11	
EXOSTOSES	2	
MALFORMATIONS DENTAIRES	3	
NEZ EN LORGNETTE	1	
MALFORMATIONS DIVERSES		11
Asymétrie faciale	1	
Scoliose	1	
Syndactylie	1	
Bec-de-lièvre	2	

CHAPITRE III

PRONOSTIC

1° **Pronostic individuel.** — Pouvons-nous, d'après les observations que nous avons recueillies et étudiées, déduire le pronostic individuel de l'hérédo-syphilis ?

Étudions tout d'abord la mortalité des malades que nous avons observés : sur les 144 observations recueillies, nous avons 23 morts dont voici le détail :

Athrepsie	10
Méningite	1
Convulsions	3
Gastro-entérite	1
Congestion pulmonaire	1
Néphrite scarlatineuse	1
Cause inconnue	6

Par groupe d'âge, la mortalité est : de 17 au-dessous de 1 an, de 4 de 1 à 2 ans et de 2 de plus de 2 ans. Nous nous en tiendrons à cette simple énumération et nous nous garderons bien d'établir, d'après ces chiffres, un pourcentage de mortalité de 0 à 1 an et de 1 an à 2 ans. En voici la raison : un seul des 144 enfants observés a été inscrit au Dispensaire avant l'âge de 1 mois et 60 seulement avant l'âge de 1 an. Or, la liste des hérédo-syphilitiques est d'autant plus élevée qu'ils sont plus jeunes et notre statistique ne peut nous servir en aucune façon pour faire un pourcentage de mortalité. Il est encore d'autres raisons pour lesquelles nous ne pouvons

conclure au pronostic réel de l'hérédo-syphilis d'après nos observations. On peut voir, en consultant nos tableaux, que les malades que nous avons observés ne présentent que des lésions syphilitiques extrêmement discrètes ou des stigmates de dystrophie. Cela se comprend, si l'on réfléchit que les cas graves où les lésions cutanées sont généralisées, où les malades sont atteints de telles lésions organiques qu'ils succombent dès les premiers jours de la vie extra-utérine ne sont pas présentés à nos consultations. Ou bien ils meurent avant que leur mère ait terminé ses relevailles ou bien ils sont dirigés immédiatement dans les hôpitaux d'enfants malades ou dans les hôpitaux spéciaux : nous n'observons que les syphilis à virulence faible ou les syphilis en puissance.

D'autre part, — et la durée moyenne des observations nous permet d'arriver à cette conclusion, — nous avons pu remarquer que la plupart des hérédo-syphilitiques observés, en dehors des cas graves où l'enfant dépasse rarement la première année, tout en restant des tarés et des affaiblis, tout en demeurant sous la menace des accidents tardifs de la syphilis héréditaire, peuvent être élevés comme les autres nourrissons, qu'ils peuvent présenter une courbe d'accroissement absolument normale ou se rapprochant de la moyenne et éviter les différents accidents auxquels peuvent être soumis les enfants du premier âge.

Il semble donc qu'on soit en droit de dire ceci : si la syphilis est une grande tueuse d'enfants, elle supprime ceux-ci surtout au cours de la vie intra-utérine et dans les tout premiers mois de la vie extra-utérine et si l'on fait abstraction de ce déchet énorme, le pronostic individuel des survivants ne semble pas d'une trop grande

gravité. Ces « rescapés » de la syphilis, si nous osons parler ainsi, sont évidemment des enfants difficiles à élever, offrant un terrain tout préparé pour les infections ; ils peuvent présenter des dystrophies de tout ordre, voire des stigmates hérédo-syphilitiques, mais on peut néanmoins porter un pronostic relativement rassurant et fonder sur eux un espoir d'avenir assez satisfaisant.

« Pour ma seule part, dit M. le Prof[r] Fournier, j'ai « eu en mains 57 observations relatives à des sujets « syphilitiques, dûment syphilitiques, qui, s'étant mariés, « n'ont jamais communiqué à leur femme le moindre « phénomène suspect et, de plus, ont engendré, à eux 57, « un total de 156 enfants absolument indemnes ».

2° **Pronostic familial**. — Passons maintenant au pronostic familial de l'hérédo-syphilis. Celui-ci peut s'établir en étudiant la mortalité infantile dans les familles de syphilitiques et en comparant les chiffres obtenus avec la mortalité infantile dans les familles saines.

Prenons tout d'abord les chiffres que nous fournissent nos observations : 41 grossesses survenues chez des femmes syphilitiques d'une façon certaine ont donné : 7 faux couches, 5 mort-nés, 8 enfants morts en bas âge et 21 enfants vivants.

Cela fait un déchet d'environ 50 p. 100, mais nous n'avons pas la prétention d'en tirer une conclusion d'une valeur absolue, si pour faire cette étude nous avons pris le soin de ne relever que des grossesses de femmes sûrement syphilitiques, nous avons pu être renseigné imparfaitement quant au nombre des grossesses et à la terminaison de celles-ci ; de plus nous avons compté comme enfants vivants ceux que leur dernière visite au Dispensaire

signalaient comme bien portants ; ceux-là ont pu tomber malades ultérieurement et il est possible que nous n'ayons pas été avisés de leur mort.

Fruhinsholz (1), dans un travail identique au nôtre, donne un pourcentage de mortalité infantile à peu près semblable :

Dans 67 familles syphilitiques, il y a eu 266 grossesses qui ont donné : 142 enfants vivants ; 76 morts en bas âge ; 48 fausses couches.

D'où un déchet de 124, c'est-à-dire une mortalité de 46,6 p. 100.

A côté de ces chiffres pris de part et d'autre dans des conditions identiques, citons la statistique de M. le Prof[r] Fournier qui évalue à 68 p. 100 la mortalité par syphilis héréditaire ; pour peu que nous admettions que ce dernier pourcentage soit un peu très élevé en raison du milieu particulier où il a été pris (et en effet les cas de syphilis grave sont soignés presque toutes à l'hôpital Saint-Louis) et que d'autre part nous rappelions que la proportion donnée par nos observations personnelles nous semble devoir être un peu plus forte que nous ne l'indiquons, on peut voir que nous parvenons sensiblement au même résultat.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas de maladie qui présente une mortalité infantile aussi considérable et l'on peut dire, avec M. le Prof[r] Fournier, que la syphilis est un véritable facteur de dépopulation.

Il est impossible de porter en bloc un pronostic sur l'avenir des familles hérédo-syphilitiques. Celui-ci, en effet, est modifié par l'influence de nombreuses causes

(1) Fruhinsholz. Étude sur 95 cas de syphilis infantile. *Revue d'hygiène et de médecine infantile*, 1903.

favorables ou défavorables ; elles sont trop connues et trop évidentes pour que nous nous étendions longuement sur elles et nous nous bornerons à les citer. Les causes défavorables sont : la syphilis récente des ascendants, l'absence de traitement, la communauté d'origine de l'infection (syphilis conjugale), la virulence particulière de certaines syphilis (syphilis maligne précoce). Parmi les causes favorables, deux sont importantes et indiscutables : d'une part l'atténuation de la virulence sous l'effet du temps (loi de décroissance de Diday), d'autre part, l'effet du traitement mercuriel chez les ascendants et tous les syphiligraphes et tous les accoucheurs sont d'accord pour constater l'heureuse influence du traitement anti-syphilitique chez des femmes ayant eu des avortements à répétition ou des grossesses terminées par l'expulsion de fœtus morts et macérés.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Prophylaxie de l'hérédo-syphilis. — La prophylaxie de l'hérédo-syphilis devra principalement être étudiée dans deux circonstances : 1° elle doit s'occuper d'abord de prévenir l'hérédo-syphilis ; cela consiste à régler les conditions essentielles dans lesquelles les syphilitiques peuvent se marier et procréer ; 2° elle doit ensuite, une fois la naissance de l'hérédo-syphilitique, se préoccuper de la virulence de ses lésions, l'isoler et prévenir toute contagion.

La première question prophylactique a été résolue par M. le Pr Fournier dans son livre de « Syphilis et mariage » et nous nous bornerons à rappeler ici les règles qu'il impose au mariage des syphilitiques, à savoir : une syphilis de virulence moyenne (une syphilis maligne précoce est une contre-indication au mariage), l'absence d'accidents contagieux depuis une certaine époque (3 mois au moins), enfin un traitement antisyphilitique suffisant.

Il est intéressant de remarquer que ce terme de traitement suffisant signifiait, au début, un traitement régulier d'au moins 3 ans. A l'heure actuelle M. le Pr Fournier et la plupart des syphiligraphes, d'accord avec lui, ne permet le mariage aux syphilitiques qu'après une période de 4 et même 5 années de traitement régulier.

A côté de ces règles du mariage des syphilitiques,

cette première question de la prophylaxie est résolue par le traitement mercuriel auquel sera soumise, pendant toute la durée de sa grossesse, toute femme, syphilitique par elle-même, mariée à un syphilitique ou seulement soupçonnée de syphilis en raison de la série de ses grossesses avortées ou terminées par l'expulsion d'un produit mort et macéré.

Ce traitement prophylactique appliqué systématiquement a toujours donné d'heureux résultats et a sauvé à bien des fœtus une vie compromise par le fait de la maladie de leurs parents.

La seconde question de la prophylaxie est relative à la contagiosité de l'hérédo-syphilitique ; mais celle-ci, en dehors des conseils habituels d'hygiène et de propreté, à part la défense de l'usage d'instruments de table, d'objets de toilette communs, vise surtout la contamination de la nourrice par un nourrisson hérédo-syphilitique. Or c'est là une question qui, à notre point de vue particulier, ne saurait nous préoccuper. Si d'une façon générale la mère a le devoir absolu d'allaiter son enfant dans la mesure de ses moyens physiques, à plus forte raison la mère syphilitique doit conserver auprès d'elle son enfant, l'élever et l'allaiter et ne pas le confier en des mains étrangères. L'on admet du reste assez généralement l'immunité de l'enfant vis-à-vis de sa mère (loi de Profeta).

D'autre part, dans le milieu où nous observons, la question de la nourrice est tranchée car la consultation de nourrissons est avant tout une école d'allaitement maternel et les enfants ne sont admis aux Dispensaires qu'autant qu'ils sont élevés dans leur famille.

Indications thérapeutiques. — Les indications théra-

peutiques sont formelles dans les cas de syphilis héréditaire avérée et il ne faut certainement pas hésiter à recourir au traitement spécifique en présence d'une lésion manifestement syphilitique. Mais la preuve de l'hérédo-syphilis est loin d'être toujours aussi évidente et il n'est pas inutile de bien séparer les différents cas qui peuvent se présenter.

1° La mère présente des signes de syphilis ou avoue une syphilis récente : l'enfant sera soumis au traitement, même s'il est sain en apparence ;

2° L'étude des antécédents maternels provoque de sérieux soupçons de syphilis, l'enfant est dystrophique : il faudra le soumettre au traitement mercuriel ;

3° Un enfant est dystrophique et ses frères ou sœurs ont été soignés pour une lésion syphilitique : on les traitera également ;

4° Enfin en l'absence de signes spécifiques chez l'enfant ou chez la mère, si l'enfant présente des stigmates de dystrophie tels qu'ils semblent menacer la vie (athrepsie) et si ceux-ci ne sont explicables par aucun signe cliniquement appréciable, il sera utile de le soumettre au traitement mercuriel.

Mode de traitement. — Ceci dit et l'indication thérapeutique étant posée, quel sera le mode de traitement auquel nous soumettrons l'enfant ?

Le traitement mercuriel peut être administré aux enfants par trois voies principales : la voie cutanée (frictions), la voie gastro-intestinale (liqueur de Van Swieten, sirop de Gibert), la voie intra-musculaire (sels solubles, sels insolubles, huile grise). Les unes et les autres de ces méthodes ont leurs avantages et leurs inconvénients.

Les frictions mercurielles, auxquelles on peut faire l'objection d'être une méthode aveugle, la quantité de mercure absorbé par la peau étant impossible à déterminer, ont pour elles le grand avantage d'être d'un emploi facile. Il ne faut pas un grand effort d'intelligence de la part des parents pour arriver à comprendre comment doit être appliqué le traitement ; l'application d'une pommade leur semble, au reste, chose naturelle, elle ne prête à aucune objection et permet d'éviter des récriminations dans les cas où la syphilis est niée ou ignorée par les parents.

L'emploi de la liqueur de Van Swieten ou du sirop de Gibert est déjà d'une plus grande rigueur au point de vue de la quantité de mercure absorbé, mais est-il toujours prudent, du moins chez les nourrissons, de fatiguer le tube digestif par le contact d'une substance irritante comme le mercure et ne devons-nous pas veiller scrupuleusement à l'intégrité d'une muqueuse dont le fonctionnement parfait est si précieux pour l'organisme déjà taré d'un hérédo-syphilitique ?

Quant aux injections intra-musculaires, c'est évidemment la méthode la plus précise et nous n'hésiterons pas à y avoir recours dans certains cas urgents ou simplement graves. Malheureusement nous avons à compter avec la pusillanimité des parents et nous avons dû parfois sous peine de ne plus revoir nos malades, préférer employer un autre mode de traitement moins sûr, il est vrai, mais aussi moins impressionnant.

Voici donc après examen des différents modes de traitement, comment sont traités les hérédo-syphilitiques aux Dispensaires de la Caisse des Ecoles du VII^{e} arrondissement.

Les cas bénins sont soumis aux frictions mercurielles

suivant la technique habituelle ; aux enfants ayant dépassé l'âge du nourrisson, on administre un succédané du sirop de Gibert (sirop iodo-tannique astringent composé), enfin dans certains cas graves on a recours aux injections intra-musculaires (huile biiodurée ou solution aqueuse de biiodure de mercure).

CONCLUSIONS

La recherche et le diagnostic de l'hérédo-syphilis, dans un Dispensaire d'enfants, doivent se faire par l'étude minutieuse et attentive des antécédents, des lésions syphilitiques, des stigmates hérédo-syphilitiques et des stigmates d'ordre dystrophique.

L'étude des 144 observations, recueillies aux Dispensaires de la Caisse des Ecoles du VII[e] arrondissement et publiées dans ce travail, nous a permis de rechercher et de définir la valeur de chacun des éléments du diagnostic.

Si la connaissance de la syphilis chez les ascendants est une notion importante pour le diagnostic, il arrive fréquemment que le médecin ne peut avoir la preuve formelle de l'existence de cette maladie ; celui-ci est donc tenu de savoir la valeur des autres éléments du diagnostic.

Parmi les antécédents obstétricaux, les avortements à répétition et la mortinalité, de même que l'hypertrophie placentaire permettent de soupçonner fortement l'hérédo-syphilis sans pour cela en être la preuve absolue.

Le diagnostic scientifiquement exact de l'hérédo-syphilis se fera par la constatation clinique de lésions syphilitiques aidée, dans la mesure du possible, par les ressources du laboratoire.

Les stigmates hérédo-syphilitiques ont, d'après la majorité des syphiligraphes, une valeur diagnostique indiscutable, mais ils sont d'une extrême rareté et de plus, dans un Dispensaire d'enfants, la proportion d'enfants du second âge et d'adolescents observés est trop faible pour que l'on rencontre assez fréquemment les stigmates dentaires qui appartiennent à la seconde dentition.

Les stigmates d'ordre dystrophique n'appartiennent pas en propre à l'hérédo-syphilis, ils sont communs à toutes les hérédo-toxi-infections. Leur constatation chez un malade ne permet donc pas de conclure à la syphilis héréditaire ; néanmoins, en raison de la grande fréquence de la syphilis, ils permettent souvent par l'office de *dénonciateurs* qu'ils exercent de la découvrir et de la traiter.

L'athrepsie, survenant sans explication cliniquement appréciable ; le rachitisme, se manifestant précocement et surtout par le craniotabès sont souvent des manifestations de la syphilis héréditaire ; en leur présence on sera toujours en droit de soupçonner la syphilis et, au besoin, de soumettre le malade au traitement mercuriel à titre d'essai.

Le pronostic de l'hérédo-syphilis est difficile à préciser en raison des causes qui peuvent influer sur celle-ci d'une façon favorable ou défavorable. Il dépend en grande partie du traitement prophylactique qui agit sur l'enfant par l'intermédiaire de la mère et permet à celle-ci, non seulement de mener sa grossesse à terme, mais de donner naissance à un enfant sain. C'est là, en dehors des conditions qui règlent le mariage des syphilitiques, la véritable prophylaxie de l'hérédo-syphilis ; et l'on devra soumettre au traitement antisyphilitique toute femme enceinte syphilitique ou soupçonnée de l'être.

Le Président de la Thèse,
PINARD.

Vu :
Le Doyen,
D. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

Saint-Brieuc. — Typ. Fr. Guyon (1679-6-8).